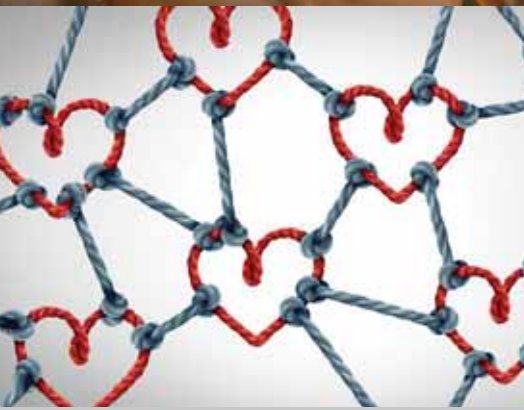


Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz

Modulares Rahmenkonzept für Österreich



**Sylvia Reitter-Pfoertner
Christine Trischak
Christina Hochwallner
Claudia Lohr
Noemi Kiss**

**Competence Center
Integrierte Versorgung
(Hrsg.)**

Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz

Modulares Rahmenkonzept für Österreich

Impressum

Priv.-Doz. Dr. Sylvia E. Reitter-Pfoertner

Competence Center Integrierte Versorgung
Fachbereich Versorgungsmanagement 3
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

Christine Trischak, BA, MSc

Competence Center Integrierte Versorgung
Fachbereich Versorgungsmanagement 3
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

Christina Hochwallner, MA

Competence Center Integrierte Versorgung
Fachbereich Versorgungsmanagement 3
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

Mag. Claudia Lohr

Competence Center Integrierte Versorgung
Fachbereich Versorgungsmanagement 3
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

Noemi Kiss, MSc

Competence Center Integrierte Versorgung
Fachbereich Versorgungsmanagement 3
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

Herausgeber & Druck:

Competence Center Integrierte Versorgung
Österreichische Gesundheitskasse
Wienerbergstraße 15-19
1100 Wien

Mai 2022, 1. Auflage

Zitiervorschlag:

Reitter-Pfoertner S., Trischak C., Hochwallner C., Lohr C. & Kiss N. (2022). *Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz – Modulares Rahmenkonzept für Österreich* (Competence Center Integrierte Versorgung, Hrsg.). Wien.

Redaktion & Gestaltung:

Competence Center Integrierte Versorgung
Abteilung Versorgungsmanagement (ÖGK)

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Österreichischen Gesundheitskasse gestattet.

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Titelbilder Copyright: Africa Studio/Shutterstock.com; Robert Kneschke/AdobeStock; Akkalak Aiempradit/Shutterstock.com; PureSolution/Shutterstock.com; Peshkova/Shutterstock.com; Trueffelpix/Shutterstock.com; Lightspring/Shutterstock.com; Billion Photos/Shutterstock.com; Redpixel.pl/Shutterstock.com

Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe www.gesundheitskasse.at

ISBN: 978-3-200-08376-9

ISBN: 978-3-200-08377-6 (eBook)

VORWORT

In Österreich sind schätzungsweise zwischen 70.000 und 140.000 Personen (1 bis 2% der Erwachsenen) von chronischer Herzinsuffizienz betroffen. Diese Erkrankung geht mit einer hohen Mortalität einher (etwa 40% bis 50% der Betroffenen versterben innerhalb von fünf Jahren, d.h. die Prognose ist schlechter als bei den meisten Malignomen). Viele Spitalsaufenthalte sind auf Herzinsuffizienz zurückzuführen und auch die Rehospitalisierungsrate ist hoch – sie liegt bei etwa 30% bis 50% innerhalb der ersten sechs Monate. Die damit verbundenen hohen Spitalskosten sind der Haupttrigger für die hohen Herzinsuffizienz-assoziierten Kosten, die insgesamt in den Industrienationen etwa 2% bis 4% der jährlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich ausmachen. In diesem Kontext ist auch die oftmals fehlende leitlinienkonforme Therapie von Betroffenen zu erwähnen, die zusätzlich zu hohen Komplikationsraten (d.h. hoher Mortalität und hoher Rate an Spitalsaufenthalten) beiträgt.

Es ist sinnvoll, hier anzusetzen: Eine entsprechende multidisziplinäre Versorgung senkt die Hospitalisierungsraten von Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Dementsprechend empfehlen auch die Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) bereits seit 2016, dass Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz im Rahmen eines multidisziplinären Versorgungsprogramms betreut werden sollten, um ihr Risiko für herzinsuffizienzbedingte Spitalsaufenthalte und ihre Mortalität zu senken (Empfehlungsgrad I, Evidenzgrad A).

In Österreich gibt es bis dato sieben (Pilot-)Projekte i.Z.m. Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz¹ – drei davon mit Beteiligung der Sozialversicherung (SV).

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) hat bereits 2017 die einzelnen Projekte bzw. Initiativen hinsichtlich der umgesetzten Disease-Management-Komponenten analysiert. Dabei zeigte sich, dass die Komponenten in den diversen Projekten sowohl in unterschiedlichem Ausmaß als auch in unterschiedlicher Ausprägung umgesetzt sind – was teilweise durch regionale Gegebenheiten/Spezifika bedingt ist.

Die Analyse zeigte auch, dass alle bisherigen Projekte ‚Transitionsprojekte‘ sind, d.h. sie haben die Schnittstelle Krankenhaus – niedergelassener Bereich im Fokus, woraus sich bereits erste Limitationen im Hinblick auf Disease-Management ergeben. So ist dadurch die Zielgruppe eingeschränkt auf stationäre Patientinnen bzw. Patienten. Vor dem Hintergrund der einschlägigen ESC-Leitlinien hat die Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) in ihrem entsprechenden Positionspapier 2017 eine weitaus breitere Zielgruppe für Disease-Management definiert. Es ist diesbezüglich auch darauf hinzuweisen, dass aus Versorgungssicht nicht nur ein nahtloser Übergang vom stationären in den niedergelassenen Bereich, sondern vielmehr eine möglichst frühzeitige Betreuung im Sinne eines Disease-Managements erfolgen sollte, da so am besten die unerwünschten Komplikationen, zu denen eben auch die Hospitalisierung zählt, hintangehalten werden können. Das bedeutet, dass aus Sicht einer optimierten integrierten Versorgung

¹ „HerzMobil Tirol“, „HerzMobil Steiermark“, „Pilot Integrierte Versorgung PatientInnen mit Herzinsuffizienz in Oberösterreich“, „Kardiomobil Salzburg“, „Kardiomobil Kärnten“, „Kardiostabil Braunau“, „Kremser Modell“

jedenfalls auch Patientinnen bzw. Patienten mit (noch) milderer Erkrankungsform bzw. (noch) ohne Spitalsaufenthalt, d.h. im niedergelassenen Bereich, Zielgruppe sind.

Auch die Laufzeit der bis dato umgesetzten Projekte ist limitiert – sie beträgt zwischen drei und zwölf Monaten. Chronische Herzinsuffizienz ist jedoch keine vorübergehende, sondern eine lebenslange Erkrankung – mit unterschiedlichem Schweregrad. Daher muss Betroffenen eine langfristige und kontinuierliche Versorgung angeboten werden. Selbstverständlich sollte im Management dann die Intensität und Frequenz der Betreuung abhängig von der aktuellen Patientinnen- bzw. Patientensituation (Schweregrad der Erkrankung, Umgang mit Erkrankung, Fähigkeit zum Selbstmanagement etc.) variiert werden.

Ein wesentliches Element des Disease-Managements ist das Monitoring der Patientinnen bzw. Patienten. D.h. es ist wichtig, dass bestimmte Parameter (Körpergewicht, Blutdruck, aber auch Medikamenteneinnahme und Trinkverhalten) entsprechend kontrolliert und beobachtet bzw. überwacht werden. Dies erfolgt in den einzelnen Projekten unterschiedlich: Es kommen Papiertagebücher ebenso wie eine elektronische Dokumentation (Telemonitoring) zum Einsatz. Auch die Rückkopplung der erhobenen Parameter an die betreuende Stelle ist unterschiedlich: Diese erfolgt i.R. eines Ordinationsbesuches, i.R. eines Hausbesuches durch die Hauskrankenpflege bzw. eine DGKP, durch Telefonanruf oder könnte auch online erfolgen. Das bedeutet, den (Pilot-)Projekten liegen unterschiedliche Versorgungsmodelle zugrunde. Ebenso unterschiedlich ist die betreuende Stelle bzw. das versorgende Setting in den Projekten: Sie reicht von der Hausärztin bzw. dem Hausarzt bis zur Spezialambulanz. Dieses breite Spektrum an Ausgestaltung ist den unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten/Ressourcen/Verfügbarkeiten/Möglichkeiten ‚geschuldet‘. Dabei ist zu bedenken bzw. zu berücksichtigen, dass unter anderen regionalen Bedingungen vieles oftmals nicht 1:1 umgelegt werden kann. Die Anbindung an eine Spezialambulanz ist in Regionen, in denen eine solche nicht verfügbar ist, beispielsweise keine Option.

Insgesamt lässt sich sagen: Keines der aktuellen Projekte lässt sich auf ganz Österreich umlegen; aufgrund der Heterogenitäten in den einzelnen Regionen erscheint zudem ein ‚one size fits all‘-Ansatz nicht adäquat.

Bezüglich der Ausgestaltung sind selbstverständlich nationale grundlegende/strategische Überlegungen, wie z.B. die Vorgaben des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass die Empfehlungen des Konzeptes eine wohnortnahe, hausarztzentrierte Versorgung im Fokus haben. Darüber hinaus müssen auch aktuelle nationale Entwicklungen hinsichtlich der Rolle von Community Nurses Beachtung finden. So stellt dies derzeit ein dynamisches Thema dar, aus dem sich besondere Impulse für das Disease-Management – insbesondere im Bereich der Vernetzung und Koordination, der Prävention und Beratung sowie der Stärkung der Selbsthilfe von Betroffenen und deren An- und Zugehörigen – ergeben können. Hier gilt es, diese möglichen Erweiterungen im Berufsbild und Tätigkeitsbereich der Pflege in den zukünftigen Umsetzungsschritten des Disease-Managements zu nutzen.

Leider ist auch die Teilnehmerzahl in den bestehenden Projekten bislang nicht zufriedenstellend. Das kann einerseits ein weiterer Hinweis darauf sein, dass der ‚one size fits all‘-Ansatz nicht geeignet ist (vgl. es ist bekannt, dass nicht Jede bzw. Jeder einen Besuch in den eigenen vier Wänden wünscht, ebenso will nicht Jede bzw. Jeder Telemonitoring nutzen etc.). Andererseits kann man daraus auch ableiten, dass die Motivation zur Teilnahme am

Disease-Management – sowohl auf Seiten der Gesundheitsberufe als auch auf Seiten der Betroffenen – ein wesentlicher Faktor ist.

Vor diesem Hintergrund wurde das CCIV damit beauftragt, ein Rahmenkonzept für ein österreichweites Disease-Management zu erarbeiten. Das Rahmenkonzept gliedert sich in insgesamt neun Teilkonzepte, die sich inhaltlich mit den einzelnen Disease-Management-Komponenten befassen. In Anbetracht der systemseitigen (vgl. regionale Strukturen und Ressourcen) und patientinnen- bzw. patientenseitigen (vgl. Bedarf und Bedürfnisse, verschiedene Schweregrade der Behandlung etc.) Heterogenitäten sieht das Rahmenkonzept Ausführungsalternativen i.S. von variablen, patientinnen- bzw. patientenzentrierten Versorgungsstrategien vor. Daher war es auch eine Prämisse für die Erarbeitung des Rahmenkonzeptes, einen modularen Aufbau des Disease-Managements vorzusehen, um so bestmöglich regionalen Spezifika gerecht zu werden und auf bestehenden Strukturen und Projekten aufbauen zu können, d.h. Raum für flexible Ausgestaltung/Anpassung zu ermöglichen. Klares Ziel des Rahmenkonzeptes ist es auch, Empfehlungen für ein umfassendes Disease-Management im Sinne einer integrierten Versorgung zu formulieren. Das bedeutet, dass die Empfehlungen eine kontinuierlich begleitende, langfristige, multidisziplinäre patientinnen- bzw. patientenorientierte Versorgung im Fokus haben, die standardisierten Behandlungskonzepten folgt und sektorenübergreifend ausgerichtet ist.

Die Erstellung der Teilkonzepte erfolgte jeweils unter möglichst breiter Einbindung der Systempartner/Stakeholder sowie entsprechender Fachexpertinnen bzw. Fachexperten. Es wurde ein ‚Vernetzungsgremium‘ installiert, welches regelmäßig Input lieferte, z.B. im Rahmen diverser Workshops oder Befragungen, aber auch im Rahmen von umfassenden Reviewprozessen zu den einzelnen Teilkonzepten. Im Review konnten mit entsprechender Begründung auch Änderungswünsche/-vorschläge mitgeteilt werden, die dann von den jeweiligen Autorinnen bzw. Autoren bestmöglich in die Teilkonzepte integriert wurden.

Zu beachten ist jeweils das Erarbeitungsdatum der einzelnen Teilkonzepte: Die Projektdauer erstreckte sich über insgesamt drei Jahre; die ersten Teilkonzepte wurden bereits 2019 erarbeitet. Dies gilt es z.B. auch im Hinblick auf die im medizinischen Konzept abgebildeten Pfade zu berücksichtigen, welche noch die Empfehlungen aus den zum Erarbeitungszeitpunkt aktuellen ESC-Leitlinien 2016 abbilden. In Bezug auf die Pfade widmet sich das CCIV bereits einer Aktualisierung selbiger auf Basis der 2021 aktualisierten ESC-Leitlinien. Für 2022 ist die Veröffentlichung der aktualisierten Folder „Diagnose- und Behandlungspfade chronische Herzinsuffizienz“ bzw. „Betreuungspfade chronische Herzinsuffizienz“ seitens des CCIV geplant.

Das nunmehr fertig gestellte Rahmenkonzept bildet mit seinen Empfehlungen eine wertvolle Basis für die Schaffung eines österreichweiten Disease-Managements bei chronischer Herzinsuffizienz. In diesem Sinne soll es als Nachschlagewerk für eine bundesweite aber auch länderspezifische Umsetzung dienen.

Sylvia Reitter-Pfoertner
Für das Team des CCIV

INHALTSVERZEICHNIS

TEIL I MEDIZINISCHES RAHMENKONZEPT	1
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	3
1. DEFINITION UND KLASSIFIKATION DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ	7
1.1. Definition	7
1.2. Klassifikation	8
2. DISEASE-MANAGEMENT BEI CHRONISCHER HERZINSUFFIZIENZ	9
2.1. Allgemeine Ziele	9
2.2. Charakteristika bzw. Komponenten und Kernelemente	10
2.3. Ressourcen und involvierte Akteurinnen bzw. Akteur	13
2.4. Versorgungsmodelle	14
3. ZIELGRUPPEN	16
4. DIAGNOSEPFAD – DIAGNOSE DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ	19
5. BEHANDLUNGSPFAD HFREF – THERAPIE DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ MIT REDUZierter AUSWURFFRAKTION	22
5.1. ACE(Angiotensin-Converting Enzyme)-Hemmer und Betablocker (BB)	22
5.2. Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten	26
5.3. Evaluierung bezüglich weiterer Therapien	28
5.4. Optimierungsmaßnahmen zur Erreichung der Zieldosis	30
5.5. Medikamente, die bei HFrEF vermieden werden sollten	31
6. THERAPIE DER HFPEF UND HFMR EF	32
7. ZUWEISUNGSPFADE – BETREUUNG BEI HFREF (AUF BASIS DER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNGSZIELE)	33
7.1. Erstdiagnose, Therapieempfehlung und Therapiestart inkl. Therapie- optimierung	33
7.2. Kontinuierliche Betreuung	33
7.3. Versorgungsoptionen	39

8. BETREUUNG BEI HFPEF UND HFMREF	40
9. ALLGEMEINE MAßNAHMEN UND NICHT-MEDIKAMENTÖSE THERAPIE	40
9.1. Schulung und Beratung	40
9.2. Körperliches Training	40
9.3. Impfprophylaxe	40
10. VERZEICHNISSE	41
10.1. Literaturverzeichnis	41
10.2. Abbildungsverzeichnis	43
10.3. Tabellenverzeichnis	44
ANHANG A: FOLDER ‚CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ‘ (DIAGNOSE- UND BEHANDLUNGSPFAD)	45
TEIL II EMPOWERMENT	51
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	53
1. ZUSAMMENFASSUNG	56
2. HINTERGRUND	61
3. ZIELSETZUNG	64
4. FRAGESTELLUNG	64
5. METHODIK	65
6. ERGEBNISSE	76
6.1. Ergebnisse des strukturierten Reviews	76
6.2. Ergebnisse der semistrukturierten Interviews mit Menschen mit CHI	79
6.3. Ergebnisse der Expertinnen- bzw. Expertenbefragung	81
6.4. Summative Ergebnisdarstellung für die unterschiedlichen Settings	81
7. LIMITATIONEN	107
7.1. Strukturierter Literaturreview	107
7.2. Qualitative Interviews	108

7.3. Expertinnen- bzw. Expertenbefragung	108
8. EMPFEHLUNGEN	109
8.1. Empfehlungen für das Setting der stationären Versorgung	109
8.2. Empfehlung für das Setting der ambulanten Versorgung	110
8.3. Empfehlungen für das Setting der Rehabilitationskliniken	111
8.4. Empfehlungen für das Setting der Primärversorgung	112
8.5. Empfehlung für das Setting der häuslichen Pflege	113
8.6. Ergänzung/Hinweis	114
9. AWARENESS IN DER ALLGEMEIN BEVÖLKERUNG	116
10. VERZEICHNISSE	118
10.1. Literaturverzeichnis	118
10.2. Abbildungsverzeichnis	123
10.3. Tabellenverzeichnis	124
ANHANG A: INTERVIEWLEITFADEN	128
ANHANG B: EXPERTINNEN- BZW. EXPERTENBEFRAGUNG	135
ANHANG C: ERGEBNISSTABELLE DES STRUKTURIERTEN LITERATURREVIEWS	146
TEIL III FORTBILDUNG VON GESUNDHEITSBERUFEN	153
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	155
1. HINTERGRUND UND ZIELE	157
2. METHODISCHES VORGEHEN	157
3. HERAUSFORDERUNGEN FÜR GESUNDHEITSBERUFE IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHER HERZINSUFFIZIENZ (IN DER IV)	158
4. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	159
4.1. Ergebnisse aus den Interviews	159
4.2. Ergebnisse aus der Literaturrecherche	164

5.	EMPFEHLUNGEN	174
5.1.	Qualifikationsniveaus	175
5.2.	Fortbildung Pflegende des gehobenen Dienstes (und Medizinerinnen bzw. Mediziner)	177
5.3.	Fortbildungen Medizinerinnen bzw. Mediziner	181
5.4.	Weitere multiprofessionelle Kompetenzvertiefungen	182
6.	VERZEICHNISSE	183
6.1.	Literaturverzeichnis	183
6.2.	Abbildungsverzeichnis	186
6.3.	Tabellenverzeichnis	186
	TEIL IV TELEMONITORING	187
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	189
	MANAGEMENT SUMMARY	192
1.	HINTERGRUND	193
1.1.	Ausgangslage	193
1.2.	Zielsetzung des Teilkonzepts	194
2.	LITERATUR: NUTZUNG VON TELEMONITORING DURCH PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN	195
3.	METHODISCHES VORGEHEN	199
3.1.	Ethik	200
3.2.	Methodische Planung	200
3.3.	Interviews mit Expertinnen bzw. Experten	200
3.4.	Patientinnen- bzw. Patientensicht: Persönliche Interviews, Telefoninterviews, Tagebücher	201
4.	ERGEBNISSE	203
4.1.	Sichtweisen von Expertinnen bzw. Experten	203
4.2.	Sichtweisen von Patientinnen bzw. Patienten	209

5.	DISKUSSION UND EMPFOHLENE MAßNAHMEN	216
5.1.	Entscheidende Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring	216
5.2.	Empfohlene Maßnahmen	221
6.	SCHLUSSFOLGERUNG	222
7.	VERZEICHNISSE	224
7.1.	Literaturverzeichnis	224
7.2.	Tabellenverzeichnis	226
	ANHANG A: LEITFADEN EXPERTINNEN- BZW. EXPERTENINTERVIEWS	227
	ANHANG B: LEITFADEN FÜR PERSÖNLICHE INTERVIEWS MIT PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN	229
	ANHANG C: LEITFADEN TELEFONINTERVIEWS MIT PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN	230
	ANHANG D: MATERIAL FÜR DIE TAGEBUCHSTUDIE	231
	TEIL V QUALITÄTS- UND RISIKOMANAGEMENT (INKL. INDIKATORENREGISTER)	235
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	237
1.	HINTERGRUND	241
1.1.	Chronische Herzinsuffizienz (CHI)	241
1.2.	Disease-Management	242
1.3.	Qualität	244
1.4.	Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement	245
1.5.	Risikomanagement	246
1.6.	Anforderungen an das Qualitätsmanagement von Disease-Management-Programmen	247
2.	ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG	248
2.1.	Auftragsklärung	249
2.2.	Zielsetzung des Teilkonzepts	249
2.3.	Berichtsstruktur	250

3. METHODISCHES VORGEHEN BEI DER KONZEPTERSTELLUNG	250
3.1. Auswahl der Qualitätsaspekte	250
3.2. Suche nach Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren	252
3.3. Auswahl der Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren	255
4. RAHMENKONZEPT UND QUALITÄTSMODELL	260
4.1. Das Rahmenkonzept	260
4.2. Das Qualitätsmodell	262
5. QUALITÄTSZIELE UND QUALITÄTSINDIKATOREN	265
5.1. Beschreibung der Qualitätsindikatoren	267
6. QUALITÄTSORGANISATION	293
6.1. Abdeckung der indikatorrelevanten Leistungen	293
6.2. Datenmanagement und Informationssysteme	294
6.3. Strukturqualität	296
6.4. Strukturen und Prozesse im Qualitätsmanagement	297
6.5. Gesetzliche und vertragliche Grundlagen für Disease-Management-Programme in Österreich	299
7. EMPFEHLUNGEN AN DIE AUFTRAGGEBERINNEN BZW. AUFTRAGGEBER	300
8. VERZEICHNISSE	303
8.1. Literaturverzeichnis	303
8.2. Abbildungsverzeichnis	311
8.3. Tabellenverzeichnis	311
ANHANG A: IM SYSTEMATISCHEN REVIEW EIN- UND AUSGESCHLOSSENE PUBLIKATIONEN	312
ANHANG B: INDIKATORENREGISTER	318
TEIL VI EVALUATION (INKL. MANUAL)	385
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	387

1. HINTERGRUND	391
2. ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG	393
2.1. Auftragsklärung	393
2.2. Zielsetzung des Teilkonzepts	393
2.3. Berichtsstruktur	394
3. METHODISCHES VORGEHEN BEI DER KONZEPTERSTELLUNG	394
3.1. Literaturrecherche	394
3.2. Festlegung der Indikatoren	403
4. EMPFOHLENE MAßNAHMEN	407
4.1. Evaluationsdesign	407
4.2. Evaluationszeitraum	409
4.3. Indikatoren zur Evaluierung des DMP	410
4.4. Kontrollgruppenbildung	412
4.5. Datenmanagement und Datengrundlage	414
4.6. Auswertungsmethode und statistische Verfahren	417
4.7. Qualitative Outcomes	418
5. VERZEICHNISSE	420
5.1. Literaturverzeichnis	420
5.2. Abbildungsverzeichnis	425
5.3. Tabellenverzeichnis	425
ANHANG A: SUCHPROTOKOLL	426
ANHANG B: INKLUDIERTER REFERENZEN	427
ANHANG C: ÜBERSICHT DER PUBLIKATIONEN VON BEREITS EVALUIERTEN DMP IN ÖSTERREICH	430
ANHANG D: BEWERTUNGSRASTER ZUR INDIKATORENBEWERTUNG FÜR DIE EXPERTINNEN BZW. EXPERTEN	432
ANHANG E: MANUAL	433

TEIL VII ORGANISATIONS- UND DATENMANAGEMENT	477
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	479
MANAGEMENT SUMMARY	485
1. HINTERGRUND – AUSGANGSSITUATION	486
1.1. Definitionen und Begriffsbestimmungen	486
1.2. Zielsetzungen	492
1.3. Methodisches Vorgehen	494
2. ERGEBNISSE DER ONLINE-EXPERTINNEN- BZW. EXPERTEN-BEFRAGUNG	496
2.1. Statistischer Hintergrund der Befragten	496
2.2. Herausforderungen in der Versorgung und Anforderungen an ein DM(P) CHI aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	498
2.3. Versorgungsrollen aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	506
2.4. Expertinnen- bzw. Expertensicht zum elektronischen Datenmanagementsystem	515
3. SYSTEMBESCHREIBUNG	516
3.1. Organisatorische Eckpunkte des DM(P) CHI	516
3.2. Datenmanagement im DM(P) CHI	519
4. AKTEURINNEN BZW. AKTEURE IM DM(P) CHI	521
4.1. Rollenkonzept	521
4.2. Dokumentationsstellen	539
5. PROZESSBESCHREIBUNGEN	546
5.1. Versorgungspfad	547
5.2. Versorgungsrelevante Prozesse	549
5.3. Administrative Prozesse	559
5.4. Zentrale administrative Prozesse aus Datenmanagement-Sicht	565
5.5. Administrationssystem	569
5.6. Zentrale Datenflüsse	571

6.	ELEKTRONISCHES INFORMATIONS- UND DATENMANAGEMENTSYSTEM	572
6.1.	Funktionen	573
6.2.	Allgemeine Anforderungen	581
6.3.	Rechtliche Grundlagen und Datenschutz	585
7.	RESÜMEE UND AUSBLICK	587
7.1.	Empfehlungen	588
7.2.	Diskussion und Limitationen	591
7.3.	Schlussfolgerung und Ausblick	593
8.	VERZEICHNISSE	595
8.1.	Literaturverzeichnis	595
8.2.	Abbildungsverzeichnis	599
8.3.	Tabellenverzeichnis	600
ANHANG A: DETAILERGEBNISSE DER ONLINE-EXPERTINNEN- BZW. EXPERTENBEFRAGUNG		602
ANHANG B: DATENSPEZIFIKATION (ENTWURF)		612
ANHANG C: DOKUMENTATIONSBÖGEN (ENTWURF)		614
TEIL VIII VERGÜTUNG		617
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS		619
1.	HINTERGRUND	622
2.	ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG	623
2.1.	Forschungsfragen	624
3.	METHODEN	624
4.	ERGEBNISSE	625
4.1.	Überblick Finanzierungsansätze und Zielsetzung	625
4.2.	Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in Österreich	633
4.3.	Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in Deutschland	643

4.4. Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in der Schweiz	647
5. DISKUSSION	651
6. FAZIT UND EMPFEHLUNGEN	654
7. DANKSAGUNG	656
8. VERZEICHNISSE	658
8.1. Literaturverzeichnis	658
8.2. Abbildungsverzeichnis	668
8.3. Tabellenverzeichnis	669
ANHANG A: LITERATUR (PILOT-)PROJEKTE DISEASE-MANAGEMENT CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ	670
ANHANG B: ÜBERSICHT DER QUALITÄTSINDIKATOREN TEILKONZEPT „QUALITÄTS- UND RISIKOMANAGEMENT“ UND DEREN ABDECKUNG IN DER HONORARORDNUNG	678
ANHANG C: FINANZIERUNGSSTRÖME IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM	679
ANHANG D: VERGÜTUNGSMECHANISMEN VON LEISTUNGSERBRINGERINNEN BZW. LEISTUNGSERBRINGERN	680
ANHANG E: PAY-FOR-PERFORMANCE ÜBERBLICK ERGEBNISSE LITERATURSUCHE	681
TEIL IX KOMMUNIKATION UND MARKETING	687
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	689
1. HINTERGRUND UND ZIEL	692
1.1. ZIELGRUPPEN MÖGLICHER KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN	692
2. DETAILLIERTE METHODISCHE HERANGEHENSWEISE	695
2.1. Modul 1: Systematische Literaturrecherche	696
2.2. Modul 2: Qualitative Interviews	698
2.3. Modul 3: Quantitative Befragung der Bevölkerung	703

3.	ERGEBNISSE	704
3.1.	Ergebnisse Modul 1: Systematische Literaturrecherche	704
3.2.	Ergebnisse Modul 2: Qualitative Interviews	724
3.3.	Ergebnisse Modul 3: Befragung der allgemeinen Bevölkerung	754
4.	SYNTHESE DER ERGEBNISSE – BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	759
4.1.	Patientinnen bzw. Patienten	759
4.2.	Gesundheitspersonal	762
4.3.	Allgemeine Bevölkerung	764
4.4.	Journalistinnen bzw. Journalisten	765
5.	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ERFOLGREICHE KOMMUNIKATION VON DMPS	767
5.1.	Kommunikationskonzept	767
6.	VERZEICHNISSE	777
6.1.	Literaturverzeichnis	777
6.2.	Abbildungsverzeichnis	790
6.3.	Tabellenverzeichnis	790
	ANHANG A: LEITFÄDEN DER INTERVIEWS	791
	ANHANG B: ZIELGRUPPEN-BESCHREIBUNG DER JOURNALISTINNEN BZW. JOURNALISTEN	802
	ANHANG C: ZENTRALE KONSTRUKTE DER BEFRAGUNG DER ALLGEMEINEN BEVÖLKERUNG	803

AUTORINNEN- BZW. AUTORENVERZEICHNIS

Amort, Frank Michael, Assoz. Prof. (FH) Mag. Dr.

FH Joanneum

Studiengang Gesundheitsmanagement im Tourismus

Kaiser-Franz-Josef-Straße 24, 8344 Bad Gleichenberg

frank.amort@fh-joanneum.at

Binder, Alice, Dr.

Universität Wien

Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Währinger Straße 29, 1090 Wien

alice.binder@univie.ac.at

Buchberger, Wolfgang, Univ.-Prof. Dr., MSc.

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Institut für Qualität und Effizienz in der Medizin

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

wolfgang.buchberger@umit-tirol.at

Conrads-Frank, Annette, Dr. rer.nat.

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Institut für Public Health, Medical Decision Making und HTA

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

annette.conrads-frank@umit-tirol.at

Fink, Sascha, BSc, MSc

FH Joanneum

Kaiser-Franz-Josef-Straße 24, 8344 Bad Gleichenberg

Fitzpatrick, Geraldine, Univ.-Prof. Dr.

TU Wien

Fakultät für Informatik, Human Computer Interaction Group

Argentinerstraße 8, 2. Stock E193/5, 1040 Wien

geraldine.fitzpatrick@tuwien.ac.at

Gredinger, Gerald, Mag. Dr., MA

Competence Center Integrierte Versorgung

Fachbereich Versorgungsmanagement 3

Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

Habacher, Wolfgang, DI Dr.

EPiG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14, 8010 Graz

wolfgang.habacher@epig.at

Hochwallner, Christina, MA

Competence Center Integrierte Versorgung
Fachbereich Versorgungsmanagement 3
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
christina.hochwallner@oegk.at

Jahn, Beate, Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dipl.-Math.oec. Dr.rer.soc.oec.

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik
Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment
Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment
Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol
beate.jahn@umit-tirol.at

Kiss, Noemi, MSc.

Competence Center Integrierte Versorgung
Fachbereich Versorgungsmanagement 3
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
noemi.kiss@oegk.at

Leitner, Klaus, BA

FH Joanneum
Kaiser-Franz-Josef-Straße 24, 8344 Bad Gleichenberg

Lohr Claudia, Mag.

Competence Center Integrierte Versorgung
Fachbereich Versorgungsmanagement 3
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
claudia.lohr@oegk.at

Matthes, Jörg, Univ.-Prof. Dr.

Universität Wien
Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Währinger Straße 29, 1090 Wien
joerg.matthes@univie.ac.at

Mayrhofer, Mira, Dr.

Universität Wien
Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft
Währinger Straße 29, 1090 Wien
mira.mayrhofer@univie.ac.at

Meißner, Janis, Dipl.-Ing.

TU Wien
Fakultät für Informatik, Human Computer Interaction Group
Argentinierstraße 8, 2. Stock E193/5, 1040 Wien
janis.meissner@tuwien.ac.at

Movia, Madlene, BA, MSc

FH Joanneum
Kaiser-Franz-Josef-Straße 24, 8344 Bad Gleichenberg

Mühlberger, Nikolai, Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. vet., MPH

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment

Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

nikolai.muehlberger@umit-tirol.at

Neumann-Ponesch, Silvia, Mag. PhDr., MAS

FH Oberösterreich Forschungs- und Entwicklungs-GmbH

Center of Life Long Learning

Roseggerstrasse 15, 4600 Wels

silvia.neumann-ponesch@fh-linz.at

Neubauer, Sandra, DI, BSc

EPiG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14, 8010 Graz

sandra.neubauer@epig.at

Neureiter, Ariadne, Mag., MSc.

Universität Wien

Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Währinger Straße 29, 1090 Wien

ariadne.neureiter@univie.ac.at

Peinhaupt, Christa, Mag., MBA

EPiG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14, 8010 Graz

christa.peinhaupt@epig.at

Prenner, Andreas, Mag., BScN

EPiG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14, 8010 Graz

andreas.prenner@epig.at

Puntscher, Sibylle, Dr.

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment

Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

sibylle.puntscher@umit-tirol.at

Reitter-Pfoertner, Sylvia E., Priv.-Doz. Dr.

Competence Center Integrierte Versorgung

Fachbereich Versorgungsmanagement 3

Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

sylvia.reitter-pfoertner@oegk.at

Santamaria, Júlia, MA

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment

Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

julia.santamaria-navarro@umit-tirol.at

Schwaninger, Isabel, Mag.

TU Wien

Fakultät für Informatik, Human Computer Interaction Group

Argentinierstraße 8, 2. Stock E193/5, 1040 Wien

isabel.schwaninger@tuwien.ac.at

Siebert, Silke, Dr. med.

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment

Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

silke.siebert@umit-tirol.at

Siebert, Uwe, Univ.-Prof. Dr., MSc, MPH

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Department für Public Health, Versorgungsforschung und Health Technology Assessment

Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

public-health@umit-tirol.at

Stojkov, Igor, MPharm

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Institut für Public Health, Medical Decision Making und HTA

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

igor.stojkov@umit-tirol.at

Stummer, Harald, Univ.-Prof. MMag. Dr.

UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen

Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

harald.stummer@umit-tirol.at

Trischak, Christine, BA, MSc

Competence Center Integrierte Versorgung

Fachbereich Versorgungsmanagement 3

Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien

christine.trischak@oegk.at

Hinweis:

Das vorliegende Rahmenkonzept „Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz“ wurde in den Jahren 2019 bis 2021 schrittweise erarbeitet. Hinsichtlich der abgebildeten Literatur sowie der herangezogenen Leitlinien gilt es daher, das Erstellungsdatum der einzelnen Teilkonzepte zu beachten.

Zur besseren Übersichtlichkeit und folglich besseren Lesbarkeit wurde bei Abbildungen und Tabellen in den meisten Fällen die maskuline Form personenbezogener Substantive verwendet. Selbstverständlich aber sind Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Unser besonderer Dank gilt allen Personen und Institutionen, die wesentlich zur Entstehung dieses Rahmenkonzepts beigetragen haben:

Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft
Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Vernetzungstreffen
Reviewerinnen und Reviewer
Lore Mötz (Layoutierung und redaktionelle Korrekturen)
Mag. Dr. Tanja Trummer (Lektorat)

Teil I

Medizinisches Rahmenkonzept



Reitter-Pfoertner, Sylvia

Trischak, Christine

Gredinger, Gerald

Lohr, Claudia

Competence Center Integrierte Versorgung, 2019

Anmerkung:

Auf Basis der ESC(European Society of Cardiology)-Guidelines (2016) wurden vom CCIV bereits 2017 unter Heranziehung der spezifischen Expertise von österreichischen Herzinsuffizienzspezialistinnen bzw. -spezialisten (die konkrete Operationalisierung erfolgte durch ein Team rund um Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörtl) Algorithmen zur chronischen Herzinsuffizienz (Diagnose-, Behandlungs- und Zuweisungspfade) für den Einsatz in der hausärztlichen Praxis, d.h. für die Zielgruppe der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner, entwickelt. Diese stellen eine Basis des vorliegenden medizinischen Konzepts dar und werden in diesem nochmals abgebildet. Die Pfade sind dabei als Entscheidungshilfen zu verstehen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann und soll. Daher wurde auch von einer zu weitreichenden Detaillierung Abstand genommen, d.h. es werden z.B. keinesfalls sämtliche Kontraindikationen für eine bestimmte medikamentöse Therapie gelistet. Die Pfade geben allerdings gezielte Hinweise zu den wesentlichen und hauptsächlich zu beachtenden Aspekten, die als Hilfestellung zu sehen sind. Zu beachten gilt, dass sich die Pfade aktuell entsprechend ESC-Guidelines 2021 in Überarbeitung befinden.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACE	Angiotensin-Converting Enzyme
AG	Arbeitsgruppe
ARB	Angiotensin Receptor Blockers
AV	Atrio-ventrikulär
BB	Betablocker
BNP	Brain Natriuretic Peptide
BUN	Blood Urea Nitrogen, Harnstoff-Stickstoff
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CDT-P	Kardiale Resynchronisation plus Schrittmacher
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COX	Cyclooxygenase
CRT	Kardiale Resynchronisationstherapie
CRT-D	Kardiale Resynchronisation plus Defibrillator
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Krankenpfleger
eGFR	Geschätzte (errechnete) glomeruläre Filtrationsrate
EKG	Elektrokardiogramm
ESC	European Society of Cardiology
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HF	Herzfrequenz
HFmrEF	Heart Failure with mid range Ejection Fraction, Herzinsuffizienz mit ‚mid range‘ Auswurffraktion
HFpEF	Heart Failure with preserved Ejection Fraction, Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurffraktion
HFrEF	Heart Failure with reduced Ejection Fraction, Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurffraktion
HI	Herzinsuffizienz
HI-S/A	HI-Spezialistin bzw. -Spezialist/-Ambulanz
HKP	Hauskrankenpflege
ICD	Implantierbare Defibrillatoren
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
K ⁺	Kalium
KHK	Koronare Herzkrankheit
KI	Kontraindikation
LAE	Vergrößerung des linken Vorhofes
LVEF	Linksventrikuläre Auswurffraktion
LVH	Linksventrikuläre Hypertrophie
MRA	Mineralokortikoidrezeptor-Antagonist
NSAR	Nicht-steroidale Antirheumatika

NT-proBNP	N-Terminal pro-Brain Natriuretic Peptide
NYHA	New York Heart Association
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖKG	Österreichische Kardiologische Gesellschaft
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
QRS	QRS-Komplex (Kammerkomplex) im EKG
QT	QT-Intervall im EKG
RR	Blutdruck
RRsyst.	Systolischer Blutdruck
Sac	Sacubitril
SD	Schilddrüse
SR	Sinusrhythmus
St.p.MCI	Status post Myokardinfarkt
SV	Sozialversicherung(en)
TNF	Tumornekrosefaktor
Val	Valsartan
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	3
1. DEFINITION UND KLASSIFIKATION DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ	7
1.1. Definition	7
1.2. Klassifikation	8
2. DISEASE-MANAGEMENT BEI CHRONISCHER HERZINSUFFIZIENZ	9
2.1. Allgemeine Ziele	9
2.2. Charakteristika bzw. Komponenten und Kernelemente	10
2.3. Ressourcen und involvierte Akteurinnen bzw. Akteure	13
2.4. Versorgungsmodelle	14
3. ZIELGRUPPEN	16
4. DIAGNOSEPFAD – DIAGNOSE DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ	19
5. BEHANDLUNGSPFAD HFREF – THERAPIE DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ MIT REDUZierter AUSWURFFRAKTION	22
5.1. ACE(Angiotensin-Converting Enzyme)-Hemmer und Betablocker (BB)	22
5.2. Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten	26
5.3. Evaluierung bezüglich weiterer Therapien	28
5.3.1. Gabe von Sacubitril/Valsartan	28
5.3.2. Gabe von Ivabradin	29
5.3.3. Kardiale Resynchronisationstherapie/Implantierbare Defibrillatoren	29
5.4. Optimierungsmaßnahmen zur Erreichung der Zieldosis	30
5.5. Medikamente, die bei HFrEF vermieden werden sollten	31
5.5.1. Medikamente oder Medikamentenkombinationen, die negative Effekte (Schaden für Patientinnen bzw. Patienten) bei HFrEF haben können	31
5.5.2. Weitere Medikamente, die nicht verwendet, vermieden oder nur mit äußerster Vorsicht und strenger Indikationsstellung verwendet werden sollten	32
6. THERAPIE DER HFPEF UND HFMR EF	32
7. ZUWEISUNGSPFADE – BETREUUNG BEI HFREF (AUF BASIS DER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNGSZIELE)	33

7.1. Erstdiagnose, Therapieempfehlung und Therapiestart inkl. Therapie-optimierung	33
7.2. Kontinuierliche Betreuung	33
7.2.1. Behandlungsziel 1	35
7.2.2. Behandlungsziel 2	35
7.2.3. Behandlungsziel 3	35
7.2.4. Behandlungsziel 4	36
7.3. Versorgungsoptionen	39
8. BETREUUNG BEI HFPEF UND HFMREF	40
9. ALLGEMEINE MAßNAHMEN UND NICHT-MEDIKAMENTÖSE THERAPIE	40
9.1. Schulung und Beratung	40
9.2. Körperliches Training	40
9.3. Impfprophylaxe	40
10. VERZEICHNISSE	41
10.1. Literaturverzeichnis	41
10.2. Abbildungsverzeichnis	43
10.3. Tabellenverzeichnis	44
ANHANG A: FOLDER ‚CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ‘ (DIAGNOSE- UND BEHANDLUNGSPFAD)	45

1. DEFINITION UND KLASSIFIKATION DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ

1.1. Definition

Herzinsuffizienz ist ein klinisches Syndrom, das durch typische Symptome gekennzeichnet ist, die von bestimmten klinischen Zeichen begleitet werden können (Ponikowski et al., 2016). Tabelle 1 listet diese typischen Symptome und klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz.

**Tabelle 1: Symptome und klinische Zeichen einer Herzinsuffizienz
(modifiziert nach ESC, 2016 Ponikowski et al., 2016)**

Symptome	Klinische Zeichen
Typisch	Spezifisch
Kurzatmigkeit	Jugularvenenstauung
Orthopnoe	Hepatojugulärer Reflux
Paroxysmale nächtliche Dyspnoe	Dritter Herzton (Galopprrhythmus)
Eingeschränkte körperliche Belastbarkeit	Seitlich verlagelter Herzspitzenstoß
Erschöpfung, Müdigkeit, verlängerte Erholungszeit nach körperlicher Anstrengung	
Knöchelödeme	
Weniger typisch	Weniger spezifisch
Nächtlicher Husten	Gewichtszunahme (> 2 kg/Woche)
Giemen	Gewichtsverlust (bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz Kachexie)
Völlegefühl	Herzgeräusche
Appetitlosigkeit	Periphere Ödeme (Knöchel, Sakrum, Skrotum)
Verwirrtheit (besonders bei älteren Patientinnen bzw. Patienten)	Rasselgeräusche über der Lunge
Depression	Klopfschalldämpfung über der Lungenbasis (Pleuraerguss)
Palpitationen	Tachypnoe (> 16/min.)
Schwindel	Cheyne-Stokes-Atmung
Synkopen	Tachykardie
Bendopnoe	Unregelmäßiger Puls
	Geringe Pulsamplitude
	Hepatomegalie
	Aszites
	Kalte Extremitäten
	Oligurie

Verursacht wird Herzinsuffizienz durch eine strukturelle und/oder funktionelle kardiale Abnormität, die in Ruhe oder bei Anstrengung in einer verminderten kardialen Auswurfleistung und/oder in erhöhtem intrakardialen Druck resultiert. (Ponikowski et al., 2016)

1.2. Klassifikation

Die Einteilung/Klassifikation der Herzinsuffizienz erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien (siehe auch Abbildung 1):

Auf **Basis der linksventrikulären Auswurffraktion (LVEF)** werden folgende Formen unterschieden (Ponikowski et al., 2016):

- HFrEF (heart failure with reduced ejection fraction) bei LVEF unter 40%,
- HFpEF (heart failure with preserved ejection fraction) bei LVEF ab 50%,
- HFmrEF (heart failure with mid-range ejection fraction) bei LVEF zwischen 40 und 49%.

Auf **Basis des Zeitverlaufs** werden unterschieden:

- Chronische Herzinsuffizienz, wenn die Herzinsuffizienz seit zumindest 3 Monaten besteht,
- Akute Herzinsuffizienz bei plötzlichem Beginn oder einer Verschlechterung von Zeichen und Symptomen.

Auf **Basis des Schweregrads der Symptome bzw. der Leistungsfähigkeit** erfolgt eine Einteilung gemäß der New York Heart Association (NYHA) (Yancy et al., 2013) in folgende Klassen:

- NYHA I: asymptomatisch, alltägliche körperliche Belastung verursacht keine Beschwerden,
- NYHA II: keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung; normale körperliche Belastung (z.B. Treppensteigen, Bergaufgehen) verursacht übermäßige Luftnot, Herzklopfen und/oder allgemeine Erschöpfung,
- NYHA III: keine Beschwerden in Ruhe; bereits geringe körperliche Belastung (z.B. Gehen in der Ebene) verursacht übermäßige Luftnot, Herzklopfen und/oder allgemeine Erschöpfung,
- NYHA IV: Es kann keine körperliche Aktivität ohne Beschwerden durchgeführt werden. Beschwerden können auch in Ruhe auftreten. Jede körperliche Aktivität führt zur Verstärkung der Beschwerden.



Abbildung 1: Klassifikation Herzinsuffizienz (in Anlehnung an Mishra et al., 2018)

2. DISEASE-MANAGEMENT BEI CHRONISCHER HERZINSUFFIZIENZ

2.1. Allgemeine Ziele

Ein ‚Disease-Management‘ zielt darauf ab, chronisch kranke Personen kontinuierlich und qualitativ hochwertig zu versorgen und ihnen eine Therapie, die dem neuesten Stand der Wissenschaft entspricht, zuteilwerden zu lassen. Die Patientinnen bzw. Patienten sollen zudem stärker in den Behandlungsprozess eingebunden werden (Stichwort ‚Selbstmanagement‘ und ‚Empowerment‘). Durch präventive Maßnahmen sowie die strukturierte Versorgung dieser sollen zudem Folgeschäden und Komplikationen hintangehalten und die allgemeine Gesundheit verbessert werden.

Als allgemeine Behandlungsziele für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz gelten dabei die Verbesserung des klinischen Zustands (Howard et al., 2012), der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität sowie das Verhindern stationärer Aufenthalte und eine Reduktion der Mortalität (Ponikowski et al., 2016). Diese allgemeinen (Behandlungs-)Ziele bzw. Nutzeneffekte sollen einerseits durch eine integrierte Versorgung der Patientinnen bzw. Patienten, d.h. durch eine optimale Ausgestaltung der Ressourcen, Strukturen und Prozesse, erreicht werden, wozu im Rahmen eines Disease-Managements eine optimierte Behandlung, eine multidisziplinäre Betreuung und besser ineinandergreifende Abläufe dienen. Andererseits soll eine aktive Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung (Stichwort ‚Selbstmanagement‘ und ‚Empowerment‘) zur Zielerreichung beitragen. Durch Erreichen dieser (Behandlungs-)Ziele bzw. Nutzeneffekte ist in weiterer Folge eine systemseitige Kostenreduktion zu erwarten.

Abbildung 2 gibt eine Übersicht über die allgemeinen (Behandlungs-)Ziele bzw. Nutzeneffekte eines Disease-Managements bei chronischer Herzinsuffizienz:

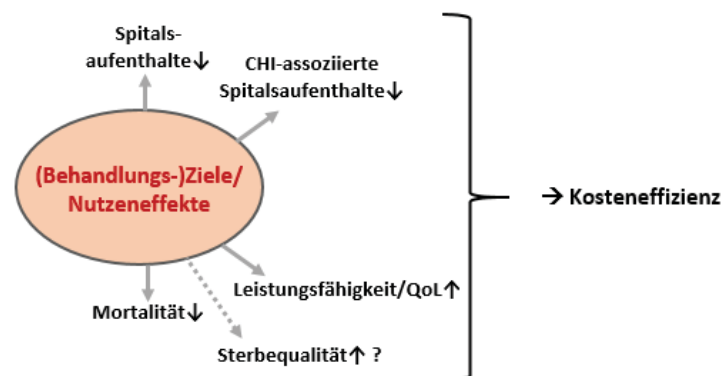


Abbildung 2: Allgemeine (Behandlungs-)Ziele bzw. Nutzeneffekte
(in Anlehnung an Desai & Stevenson, 2012)

Inwiefern diese Ziele auch erreichbar sind, ist eine Frage, mit der sich ein rezenter Cochrane Review (Takeda, Martin, Taylor & Taylor, 2019) beschäftigt. Ziel dieses Reviews war es, die Effekte verschiedener Disease-Management-Interventionen bei Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz hinsichtlich Mortalität, stationärer Wiederaufnahmen, Lebensqualität und kostenassoziierter Outcomes mit der herkömmlichen Versorgung zu vergleichen. Aus dem Review lässt sich ableiten, dass es eine moderate Evidenz für ein Sinken der Mortalität durch Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz gibt; es gibt nur wenige Studien, die Aussagen zur Mortalität als Outcome zulassen. Eine genauere Betrachtung der

diesbezüglichen Studien lässt vermuten, dass sich ein ‚Case Management‘¹ – und eine multidisziplinäre Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten – positiv auf die Gesamtmortalität auswirken; klinikbasierte Interventionen ließen diesbezüglich weniger oder gar keinen Effekt ableiten. Hinsichtlich einer Reduktion der stationären Aufenthalte lassen Case-Management-Interventionen einen positiven Effekt vermuten, ebenso eine multidisziplinäre Versorgung; klinikbasierte Interventionen hingegen eher weniger bis keinen. Hinsichtlich einer potentiellen Verbesserung der Lebensqualität (z.B. durch Verbesserungen der Leistungsfähigkeit) ist die Datenlage bis dato dünn; hier können positive Effekte nur vermutet werden. Zu Auswirkungen auf die Lebensqualität bei Patientinnen bzw. Patienten am Lebensende und zur Sterbequalität gibt es bislang keine Daten; im Cochrane-Review werden dazu keine Aussagen gemacht. Was die Kosteneffektivität betrifft, so haben die im Review betrachteten Studien Hinweise auf eine solche gegeben; aufgrund des heterogenen Studiendesigns sind allerdings nur sehr vage Aussagen zu Kosten und Kosteneffektivität möglich. (Takeda et al., 2019)

Die aktuellen ESC-Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz in ein multidisziplinäres Versorgungsprogramm eingeschlossen werden, um ihr Risiko für herzinsuffizienzbedingte Spitalsaufenthalte und ihre Mortalität zu senken (Empfehlungsgrad I, Evidenzgrad A). (Ponikowski et al., 2016)

2.2. Charakteristika bzw. Komponenten und Kernelemente

Die ESC-Leitlinien definieren Empfehlungen für Charakteristika und Komponenten von Disease-Management(-Programmen) für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, die auch im Positionspapier der Arbeitsgruppe (AG) Herzinsuffizienz der ÖKG (Mörtl et al., 2017) abgebildet sind (vgl. Kapitel 2.4).

Tabelle 2: Empfohlene Charakteristika und Komponenten von Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz (in Anlehnung an Ponikowski et al., 2016)

Charakteristika
Multidisziplinäre Versorgung (z.B. Kardiologen, Internisten, Reha-Mediziner oder Reha-Zentren, Hausärzte, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP), Pharmazeuten)
Fokus auf symptomatische Hochrisiko-Patienten
Kompetente und professionell geschulte Leistungserbringer
Komponenten
Optimiertes medikamentöses und Device-Management
Adäquate Patientenschulung mit Schwerpunkt auf Adhärenz und Selbstmanagement
Aktive Beteiligung des Patienten (und ggf. der betreuenden Angehörigen oder Pflegeperson) am Monitoring der Symptome und an der Dosisanpassung der Diuretika
Follow-up nach Spitalsentlassung (regelmäßige Visiten (ambulant oder zuhause), evtl. telefonischer Kontakt oder Telemonitoring)
Verbesserter Zugang zur Versorgung (durch persönliches Follow-up oder Telefonkontakt; evtl. durch Telemonitoring)

¹ Case Management im Verständnis der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) beschreibt einen Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass entlang einer Betreuungsepisode einer Klientin bzw. eines Klienten („over time“) und über Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen hinweg („across services“), ein maßgeschneidertes Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll (Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management 2016).

Komponenten
Erleichterter (niederschwelliger) Zugang zu med. Versorgung in Phasen der Dekompensation
Beurteilung von unerklärlicher Gewichtszunahme, des Ernährungsstatus, der Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und diverser Laborparameter (und ggf. Setzen entsprechender Maßnahmen)
Zugang zu erweiterten Behandlungsoptionen
Bereitstellung einer psychosozialen Unterstützung für Patienten und deren Angehörige oder Pflegende/Betreuende

Von der ESC wird in diesem Kontext empfohlen, dass Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz multidisziplinär versorgt werden sollten – durch entsprechend kompetente und geschulte Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer. Weiters soll der Fokus im Disease-Management(-Programm) auf symptomatischen Hochrisikopatientinnen bzw. Hochrisikopatienten liegen.

Als Hochrisikopatientinnen bzw. Hochrisikopatienten gelten gemäß Positionspapier der AG Herzinsuffizienz (Mörzl et al., 2017) folgende drei Gruppen: 1. Hospitalisierte, 2. Ambulante Hochrisikopatientinnen bzw. Hochrisikopatienten und 3. Patientinnen bzw. Patienten am Lebensende – siehe hierzu auch Kapitel 2.2.

Die strukturierte Versorgung der Patientinnen bzw. Patienten i.S. eines Disease-Managements sollte im Falle einer Hospitalisierung noch während des stationären Aufenthaltes beginnen. In Hinblick auf die Dauer der Betreuung im Disease-Management(-Programm) gibt es keine klaren Empfehlungen. Diese wird im Wesentlichen vom Behandlungsziel (vgl. Kapitel 7), aber auch von der Ausgestaltung des Disease-Managements, d.h. von dessen Design, Services und den vorhandenen Ressourcen, abhängen. (Mörzl et al., 2017)

Auch bezüglich der Komponenten, die ein Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz umfassen sollte, geben die ESC-Leitlinien klare Empfehlungen. Hier werden systemseitig ein optimiertes medikamentöses und Device-Management sowie der Zugang zu erweiterten Behandlungsoptionen, ein verbesserter Zugang zur Versorgung allgemein (i.S. eines regelmäßigen Follow-ups) inkl. eines Monitorings zur frühen Feststellung einer etwaigen Verschlechterung (evtl. i.R. eines Telemonitorings) und v.a. nach einem stationären Aufenthalt (vgl. Abbildung 8 „Transition Phase“ mit hohem Risiko für Wiederaufnahme) sowie ein erleichterter Zugang zur Behandlung bei akuter Verschlechterung/Dekompensation und das Bereitstellen psychosozialer Unterstützungsangebote empfohlen. Patientinnen- bzw. patientenseitig wird eine entsprechende Patientinnen- bzw. Patientenschulung mit Schwerpunkt auf Adhärenz und Selbstmanagement sowie die aktive Teilhabe (Empowerment) der Patientin bzw. des Patienten am Monitoring der Symptome sowie an der Dosisanpassung der Diuretika empfohlen.

Aus den genannten Charakteristika bzw. Komponenten lassen sich systemseitig (d.h. auf Seiten der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer bzw. Gesundheitsberufe) einerseits und patientinnen- bzw. patientenseitig andererseits Kernelemente der Versorgung, die es im Rahmen eines Disease-Managements zu berücksichtigen gilt, ableiten.

Abbildung 3 stellt diese Kernelemente der Versorgung im Rahmen eines Disease-Managements für chronische Herzinsuffizienz grafisch dar:

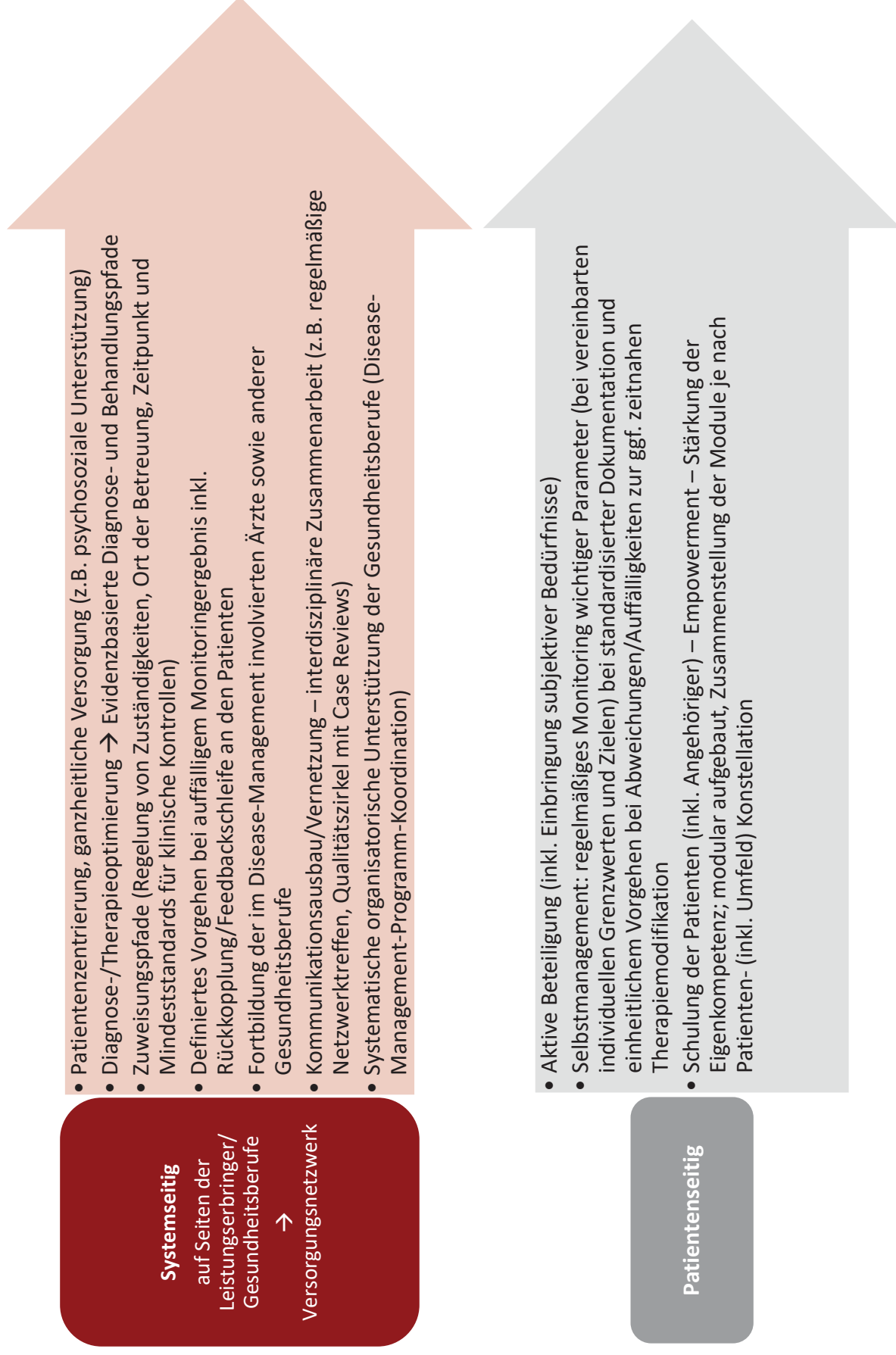


Abbildung 3: Kernelemente der Versorgung im Rahmen eines Disease-Managements für chronische Herzinsuffizienz

2.3. Ressourcen und involvierte Akteurinnen bzw. Akteure

Zu berücksichtigen sind im Rahmen der Versorgung die jeweils vorhandenen bzw. verfügbaren Ressourcen – sowohl systemseitig als auch patientinnen- bzw. patientenseitig. Systemseitig ist dabei v.a. die regionale Verfügbarkeit der unterschiedlichen ärztlichen Versorgungsebenen relevant. Abbildung 4 fasst die entsprechenden Versorgungsebenen zusammen:

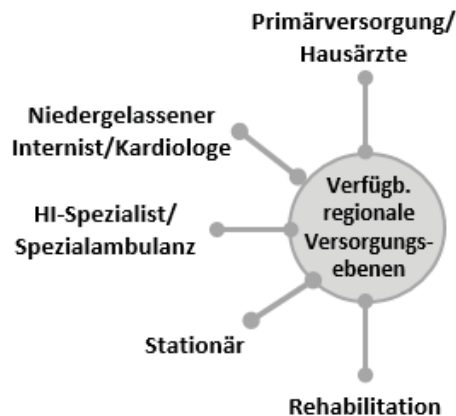


Abbildung 4: Regionale ärztliche Versorgungsebenen

Auf Seiten der Patientinnen bzw. Patienten gilt es ebenso, die eigenen vorhandenen Ressourcen zu bedenken (inkl. ggf. der Angehörigenressourcen). Hierbei stellt sich v.a. die Frage, ob und inwieweit das Selbstmanagement für die Patientin bzw. den Patienten (und ihr bzw. sein Umfeld) möglich ist. Ist dieses problemlos möglich, ist eine Überprüfung in definierten Zeitabständen (diese sind bei Bedarf individuell zu vereinbaren) notwendig. Ist ein Selbstmanagement nicht möglich, ist auch keine kontinuierliche Supervision vonnöten (vgl. Abbildung 5).



Abbildung 5: Patientinnen- bzw. Patientenressourcen, ggf. inkl. Angehörigenressourcen

Die kontinuierliche Versorgung für die Patientin bzw. den Patienten soll dabei idealerweise möglichst wohnortnahe und niederschwellig erfolgen. D.h., es soll prinzipiell eine Anbindung bzw. Angliederung an die Primärversorgung, die den Patientinnen bzw. Patienten als primäre Anlaufstelle dienen soll, angestrebt werden.

Insgesamt ergeben sich somit folgende Gruppen von Akteurinnen bzw. Akteuren für ein Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz:

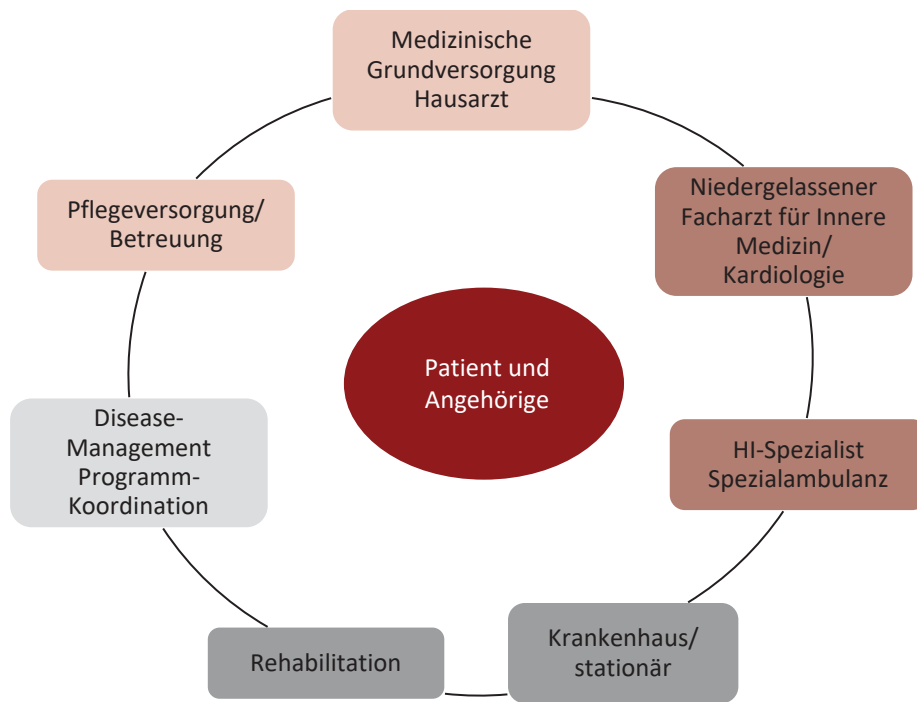


Abbildung 6: Akteurinnen bzw. Akteure im Disease-Management

2.4. Versorgungsmodelle

International betrachtet gibt es unterschiedlich aufgebaute multiprofessionelle Disease-Management-Programme, die verschiedene Ansätze verfolgen. Diese sind entweder ausgehend von Spezialambulanzen oder als Primärversorgungsmodelle organisiert und stützen sich ggf. auf Hauskrankenpflege (HKP), Telenursing oder Telemonitoring. (Mörtl, 2017)

Um die kontinuierliche Versorgung von Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz entsprechend dem ÖSG 2017 (BMASGK, 2017) im Disease-Management wohnortnahe gewährleisten zu können, soll dieses entsprechend an die Primärversorgung angebunden bzw. angegliedert werden. Das bedeutet, dass die Hausärztin bzw. der Hausarzt als primäre Anlaufstelle fungiert. Dazu ist es notwendig, dass die Zuweisungspfade klare und nachvollziehbare Empfehlungen hinsichtlich Konsultation und Behandlung auf Sekundär- und Tertiärversorgungsebene (d.h. bei niedergelassenen Internistinnen bzw. Internisten bzw. Kardiologinnen bzw. Kardiogen sowie in der Spezialambulanz) vorgeben. Dies ermöglicht einerseits eine Entlastung der Sekundär- und Tertiärversorgungsebene (ein Bereich, in dem begrenzte Verfügbarkeiten und Ressourcen – v.a. der Spezialambulanzen – bestehen) in Bezug auf Tätigkeiten, die auch in der Primärversorgung durchgeführt werden können. Die dadurch freiwerdenden Kapazitäten stehen der Versorgung weiterer Patientinnen bzw. Patienten auf dieser Versorgungsstufe zur Verfügung. Andererseits ermöglicht dies den Patientinnen bzw. Patienten (v.a. immobilen) eine niederschwellige Erreichbarkeit der Versorgung. Zudem ist davon auszugehen, dass viele Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz von Mehrfacherkrankung betroffen sind und einige der im Alltag auftretenden Problemstellungen mit dieser Mehrfacherkrankung assoziiert bzw. in dieser begründet sind. Daher kann durch die kontinuierliche Versorgung auf Primärversorgungsebene verhindert werden, dass z.B. rein nicht-kardiologische Problemstellungen an kardiologischen Ordinationen oder gar Spezialambulanzen übergeben werden, d.h. eine nicht-fachbezogene Überfrequentierung der Sekundär- und Tertiärversorgungsebene kann dadurch verhindert werden.

Tabelle 3 listet die unterschiedlichen Arten von Primärversorgungsmodellen mit ihren Vor- und Nachteilen, wobei hinsichtlich der genannten Arten auch jedwede Kombination denkbar ist und nicht für jede Patientin bzw. jeden Patienten jede Versorgungsart akzeptabel sein wird.

**Tabelle 3: Arten von Primärversorgungsmodellen mit Vor- und Nachteilen
(in Anlehnung an Beneder, 2009)**

Primärversorgungsmodelle („Home-based“)	Vorteile	Nachteile
Ohne spezifische Unterstützung i.S. der nachfolgenden Varianten	Wohnortnahe, niederschwellige Versorgung „Selbstversorger“	Viel Eigeninitiative und hohe Gesundheitskompetenz notwendig
„Home-based-care-nursing“ mit Hausbesuchen, z.B. durch HKP	Wohnortnahe, niederschwellige Versorgung mit Unterstützung zu Hause Bedürfnisse und patientenseitige Ressourcen können im häuslichen Umfeld beurteilt werden Engmaschiges Follow-up – v.a. nach Krankenhausaufenthalt – möglich	Hoher Zeitaufwand (bei HKP) Fahrzeug sowie mobile Ausrüstung erforderlich → insgesamt großer Ressourcenaufwand systemseitig Bei HKP wird diese evtl. mit medizinischen Fragen konfrontiert, Arzt nicht vor Ort, evtl. schwer/nicht erreichbar, Eindringen in Privatsphäre des Patienten
Telefonbasiertes Follow-up (Telenursing)	Zeit- und geldsparend Komfortabel für das betreuende Team und den Patienten	Symptome und Zeichen schwierig zu beurteilen Durchführung von Untersuchungen nicht möglich Psychosoziale Unterstützung, Therapieanpassung und Schulung erschwert
Videobasiertes Follow-up	Zeit- und geldsparend Komfortabel für das betreuende Team und den Patienten, durch Video mehr persönlicher „Touch“	Symptome und Zeichen eingeschränkt zu beurteilen Durchführung von Untersuchungen nicht möglich Psychosoziale Unterstützung, Therapieanpassung und Schulung eingeschränkt möglich Eindringen in Privatsphäre des Patienten

Primärversorgungsmodelle („Home-based“)	Vorteile	Nachteile
Telemonitoring (inkl. Rückkopplung)	Zeitnahe Informationsweitergabe, durch Rückkopplung umgehende Reaktion auf Abweichung von Parametern/bei Verschlechterung möglich Neue Geräte und Technologien immer besser (verfügbar) und kostengünstiger	Erfordert zusätzliche Schulung im Umgang mit Geräten und Technologie Je nach Art und Intervall der Rückkopplung ggf. System-seitig hoher Zeit- und Ressourcenaufwand Schwierig für bestimmte Patienten (z.B. mit kognitiver Beeinträchtigung)

Nachfolgende Abbildung 7 fasst die möglichen Primärversorgungsmodelle zusammen.

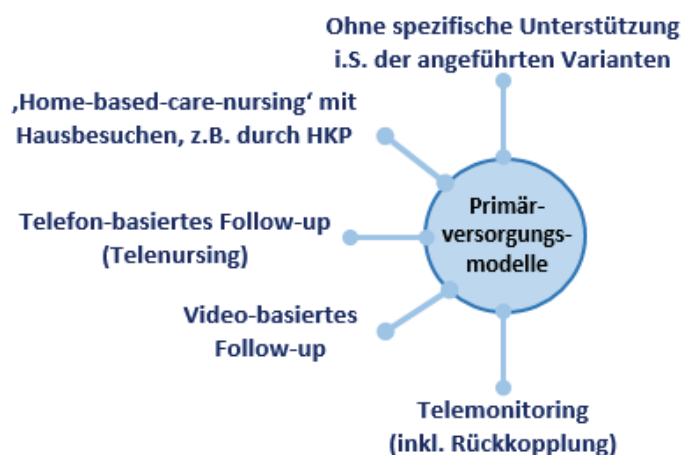


Abbildung 7: Primärversorgungsmodelle

3. ZIELGRUPPEN

Die ESC-Leitlinien 2016 empfehlen, dass sich Disease-Management-Programme auf symptomatische Hochrisikopatientinnen bzw. Hochrisikopatienten fokussieren sollen (Ponikowski et al., 2016). Diese werden im Positionspapier der AG Herzinsuffizienz der ÖKG wie folgt präzisiert:

- Gruppe 1: hospitalisierte Patientinnen bzw. Patienten, da diese eine hohe Wiederaufnahmerate aufweisen (vgl. Abbildung 8, „Transition Phase“),
- Gruppe 2: Patientinnen bzw. Patienten im niedergelassenen Bereich mit einem hohen Risiko für ein Event, v.a. Hospitalisierung und Tod,
- Gruppe 3: Patientinnen bzw. Patienten am Lebensende, da auch hier hohe Hospitalisierungsraten auftreten (siehe Abbildung 8). (Mörzl et al., 2017)

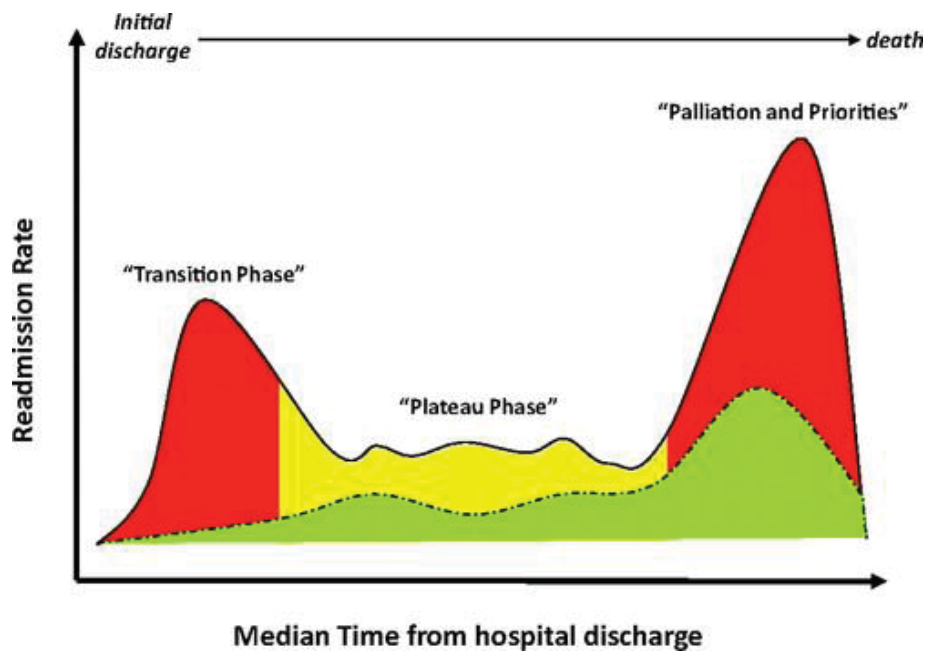


Abbildung 8: Risiko für stationären Aufenthalt nach Entlassung (Desai & Stevenson, 2012)
 rot: höchstes Risiko für Wiederaufnahme
 gelb: Niedrigrisiko Plateau-Phase
 grün: Baseline – unvermeidbare Wiederaufnahmen

I.S. der Implementierung sekundärpräventiver Maßnahmen sollen auch Patientinnen bzw. Patienten mit diagnostizierter Herzinsuffizienz in einem frühen Stadium mit noch geringem Schweregrad (d.h. diejenigen, für die (noch) kein hohes Risiko für ein Event besteht) mitberücksichtigt werden, wodurch eine weitere Gruppe wie folgt zu berücksichtigen ist:

Gruppe 4: Patientinnen bzw. Patienten in einem frühen Stadium mit geringem Schweregrad/niedrigem Risiko.

Das bedeutet, dass in einem österreichweiten Disease-Management für chronische Herzinsuffizienz prinzipiell alle Patientinnen bzw. Patienten mit der Diagnose einer chronischen Herzinsuffizienz Berücksichtigung finden sollen.

Abbildung 9 fasst die Gruppen, die im Rahmen eines österreichweiten Disease-Managements für chronische Herzinsuffizienz berücksichtigt werden sollen, zusammen:

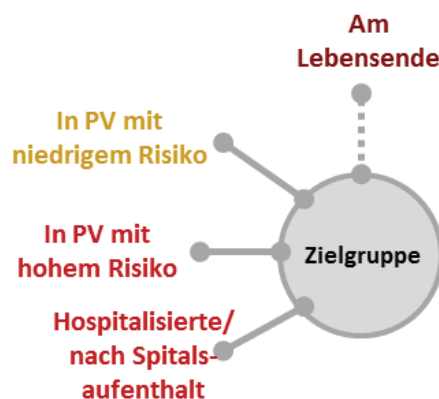


Abbildung 9: Zielgruppen für ein Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz, Abgrenzung der Patientinnen bzw. Patienten (in Anlehnung an Mörtl et al., 2017)

Zu den genannten Gruppen ist zu bemerken, dass Gruppe 1 relativ einfach identifiziert werden kann und es sich bei dieser Gruppe auch um jene handelt, auf die in den bestehenden Disease-Management-Programmen für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in Österreich fokussiert wird. Die Gruppen 2 bis 4 zu identifizieren, stellt eine weitaus größere Herausforderung dar.

So ist v.a. für die Gruppe mit hohem Risiko eine Definition notwendig (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Parameter für die Definition eines hohen Risikos

Parameter	Hohes Risiko
Systolischer Blutdruck (RRsyst.)	< 90 mmHg
Geschätzte (errechnete) glomeruläre Filtrationsrate (eGFR)	< 50 ml/min/1,73 m ²
N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP)	> 1000 pg/ml
Hoher Schleifendiuretikum-Bedarf	Mit Äquivalenzdosis ≥ 80 mg/d Furosemid

Ist bei einem der genannten Parameter das entsprechende Kriterium erfüllt, so gilt die Patientin bzw. der Patient als Patientin bzw. Patient mit hohem Risiko.

Während die ESC-Leitlinien und das Positionspapier der AG Herzinsuffizienz die chronische Herzinsuffizienz als Indikation für ein Disease-Management-Programm nennen und in ihren Empfehlungen zur Zielgruppe keine Stellung bzgl. der LVEF nehmen, wird in einigen der bestehenden Disease-Management-Programmen auf Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF eingeschränkt. Grund dafür ist, dass in den internationalen Leitlinien für HFrEF klare Behandlungspfade mit prognoseverbessernden Therapien, die mit einem hohen Grad an Evidenz belegt sind, abgebildet sind, während für HFpEF und HFmrEF bislang noch für keine Behandlung gezeigt werden konnte, dass die Morbidität oder Mortalität durch diese sinken.

Der Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit LVEF > 40% an der Gesamtpopulation der Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz variiert zwischen 22 und 73% und ist abhängig von der verwendeten klinischen Definition, dem klinischen Setting (Primärversorgung, Spezialambulanz, Spitalsaufnahme), dem Alter und dem Geschlecht der untersuchten Population sowie dem Publikationsjahr (Abhayaratna et al., 2006; Badano et al., 2004; Boonman-de Winter et al., 2012; Ceia et al., 2002; Hellermann et al., 2003; Magaña-Serrano et al., 2011; Mureddu et al., 2012; Peyster, Norman & Domanski, 2004; Philbin, Rocco, Lindenmuth, Ulrich & Jenkins, 2000; Rutten et al., 2005; Tiller et al., 2013; van Riet et al., 2014; van Riet et al., 2016). Zudem zeigen Studien, dass HFpEF und HFmrEF aufgrund einer akuten Dekompensation immer häufiger ausschlaggebend für stationäre Aufenthalte sind und auch das Risiko für weitere Events bei diesen Patientinnen bzw. Patienten ansteigt (van Riet et al., 2016). Gegenwärtig entwickelt sich HFpEF zur häufigsten Form der chronischen Herzinsuffizienz, weshalb Disease-Management-Programme für chronische Herzinsuffizienz auch auf diese Patientinnen- bzw. Patientengruppe ausgerichtet sein und die Prävention stationärer (Wieder-)Aufnahmen auf Ebene der Primärversorgung im Fokus haben sollten (Murphy et al., 2017). Das bedeutet, dass in einem österreich-

weites Disease-Management für chronische Herzinsuffizienz auch Patientinnen bzw. Patienten mit HFpEF bzw. HFmrEF zu berücksichtigen sind. Im vorliegenden Konzept werden keine Empfehlungen zur Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten am Lebensende angeführt. In diesem Setting sind Empfehlungen im Hinblick auf eine optimierte Palliativ-Care zu berücksichtigen.

Es gilt, in weiterer Folge zu spezifizieren, welche der genannten Gruppen

- welche Intensität der Versorgung bzw.
- welche Frequenz der Betreuung (z.B. Abstände der Follow-ups bzw. wo oder wie ein Follow-up erfolgen soll, Auffrischung von Schulungsinhalten)

benötigt.

4. DIAGNOSEPFAD – DIAGNOSE DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ

Die diagnostischen Schritte bei Verdacht auf Herzinsuffizienz richten sich zunächst danach, ob es sich um eine akute oder chronische Herzinsuffizienz handelt. Handelt es sich um eine akute Herzinsuffizienz, so erfordert dies typischerweise eine akute Hospitalisierung; die Ursache der akut lebensbedrohlichen Situation muss rasch gefunden und spezifisch behandelt werden. Die gegenständlichen Arbeiten beziehen sich auf die chronische Herzinsuffizienz, für die ein Diagnosealgorithmus für das nicht-akute Setting entwickelt wurde, d.h. bei der Erstdiagnose einer Patientin bzw. eines Patienten bei der niedergelassenen Allgemeinmedizinerin bzw. dem niedergelassenen Allgemeinmediziner (bzw. bei der niedergelassenen Internistin bzw. dem niedergelassenen Internisten). Bei Verdacht auf Herzinsuffizienz im nicht-akuten Setting ist zunächst die Wahrscheinlichkeit für das tatsächliche Vorliegen einer Herzinsuffizienz abzuschätzen, was mittels Anamnese in Bezug auf Vorerkrankungen, dem Vorliegen typischer Symptome und/oder Zeichen der Herzinsuffizienz sowie des Elektrokardiogramms (EKG) (jegliche Anomalie ist mit einer Herzinsuffizienz vereinbar) beurteilt wird. In Tabelle 1 wurden die Symptome und klinische Zeichen einer Herzinsuffizienz bereits aufgelistet.

Symptome und/oder Zeichen einer Herzinsuffizienz sind oft unspezifisch und sind daher in der Regel nicht ausreichend dafür, eine Herzinsuffizienz von anderen Erkrankungen abzugrenzen. Eine entscheidende Rolle in der Diagnostik kommt der kardialen Bildgebung zu, hier wird in den meisten Fällen die Methode der transthorakalen Echokardiografie angewendet. Zudem eignet sich die Bestimmung der natriuretischen Peptide zum Ausschluss einer Herzinsuffizienz, d.h. bei Normalwerten ist das Vorliegen einer Herzinsuffizienz sehr unwahrscheinlich. Allerdings existieren neben der Herzinsuffizienz auch andere Ursachen, die eine Erhöhung der natriuretischen Peptide verursachen können, sodass eine solche alleine noch nicht die Diagnose Herzinsuffizienz bestätigen kann. Tabelle 5 listet die wesentlichsten Ursachen für eine Erhöhung der natriuretischen Peptide.

Tabelle 5: Ursachen für eine Erhöhung der natriuretischen Peptide

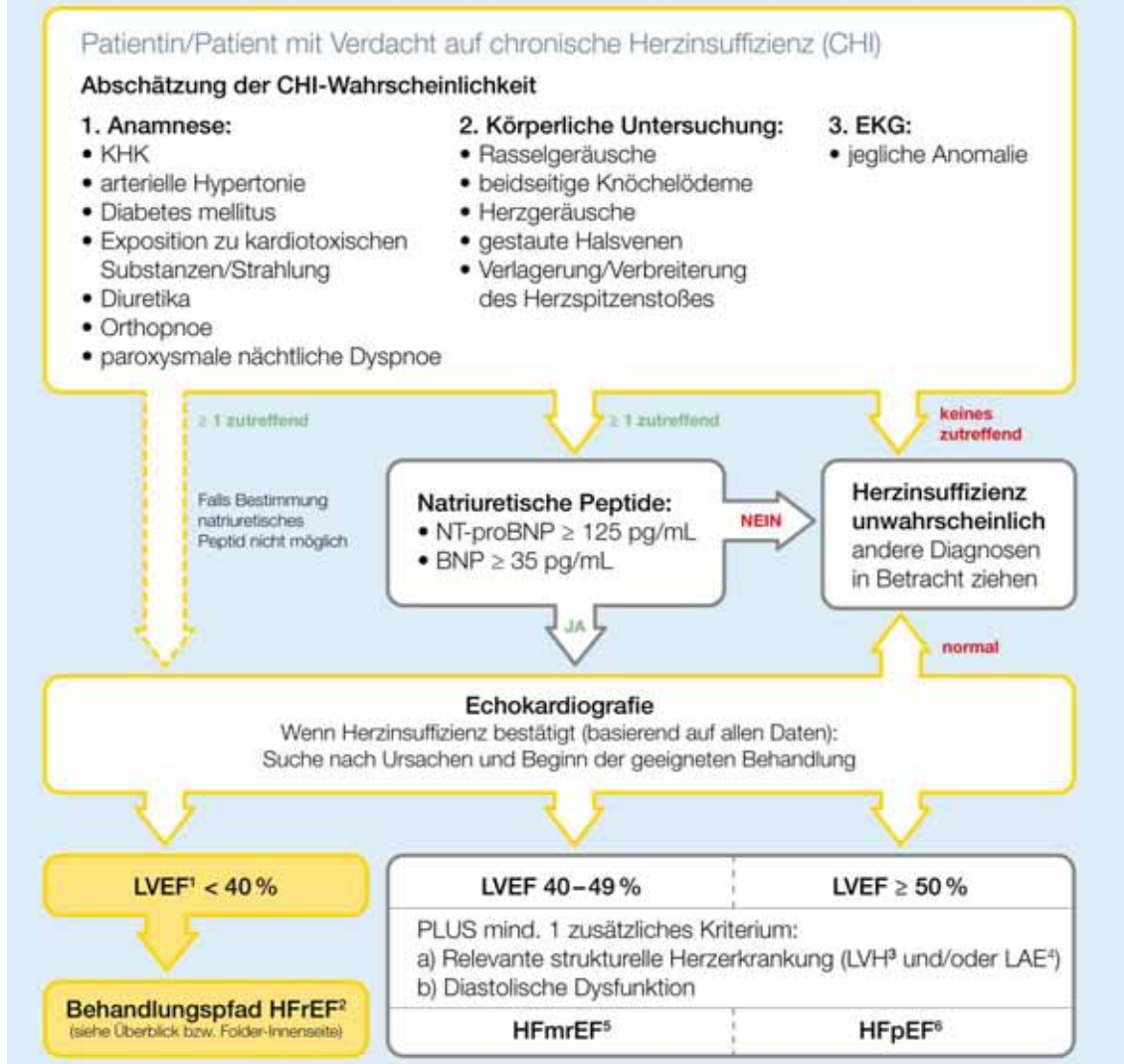
Kardiale Ursachen	Nicht-kardiale Ursachen
Herzinsuffizienz	Fortgeschrittenes Alter
Akutes Koronarsyndrom	Ischämischer Insult
Lungenembolie	Subarachnoidalblutung
Myokarditis	Niereninsuffizienz
Linksventrikuläre Hypertrophie (LVH)	Leberdysfunktion (v.a. Leberzirrhose mit Aszites)
Hypertrophie oder restriktive Kardiomyopathie	Paraneoplastisches Syndrom
Herzklappenerkrankungen	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
Angeborene Herzerkrankungen	Schwere Infektionen (einschließlich Pneumonie, Sepsis)
Atriale und ventrikuläre Tachyarhythmien	Schwere Verbrennungen
Herzkontusion	Anämie
Elektrische Kardioversion, Implantierbare Defibrillatoren (ICD) Schock	Schwere metabolische und hormonelle Störungen (z.B. Thyreotoxikose, diabetische Ketose)
Herzoperationen	
Lungenhochdruck	

Wird ein natriuretisches Peptid bestimmt und liegt dieses über dem Normalwert, so ist eine echokardiografische Untersuchung des Herzens zu veranlassen. Sollte die Bestimmung eines natriuretischen Peptides bei Verdacht auf chronische Herzinsuffizienz nicht möglich sein, so ist direkt eine echokardiografische Untersuchung zu veranlassen. Die transthorakale Echokardiografie ermöglicht dabei den objektiven Nachweis der kardialen Dysfunktion sowie die genauere Charakterisierung (systolische und diastolische Dysfunktion) bzw. Zuordnung nach der LVEF (Herzinsuffizienz mit reduzierter, ‚mid-range‘ oder erhaltener LVEF). Darüber hinaus kann die Echokardiografie Hinweise auf mögliche Ätiologien, wie z.B. Klappendysfunktion oder frühere Myokardinfarkte, geben (Ponikowski et al., 2016). Bestätigt sich in der echokardiografischen Untersuchung die Diagnose der chronischen Herzinsuffizienz, so ist die Ätiologie zu bestimmen und in weiterer Folge rasch eine Therapie zu beginnen.

Abbildung 10 stellt das diagnostische Vorgehen bei Verdacht auf nicht-akute Herzinsuffizienz zusammenfassend grafisch dar (→ Diagnosepfad).

Chronische Herzinsuffizienz

Diagnosepfad



¹ LVEF = linksventrikuläre Auswurfraction; ² HFrEF = Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction; ³ LVH = linksventrikuläre Hypertrophie;
⁴ LAE = Vergrößerung des linken Vorhofes (linksatrialer Volumenindex [LAVI] > 34 ml/m²); ⁵ HFmrEF = Herzinsuffizienz mit „mid range“ Auswurfraction;
⁶ HFpEF = Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfraction

Abbildung 10: Vorgehen bei Verdacht auf nicht-akute Herzinsuffizienz, Diagnosepfad
(modifiziert nach ESC, 2016 Ponikowski et al., 2016)

5. BEHANDLUNGSPFAD HFREF – THERAPIE DER CHRONISCHEN HERZINSUFFIZIENZ MIT REDUZierter AUSWURFFRAKTION

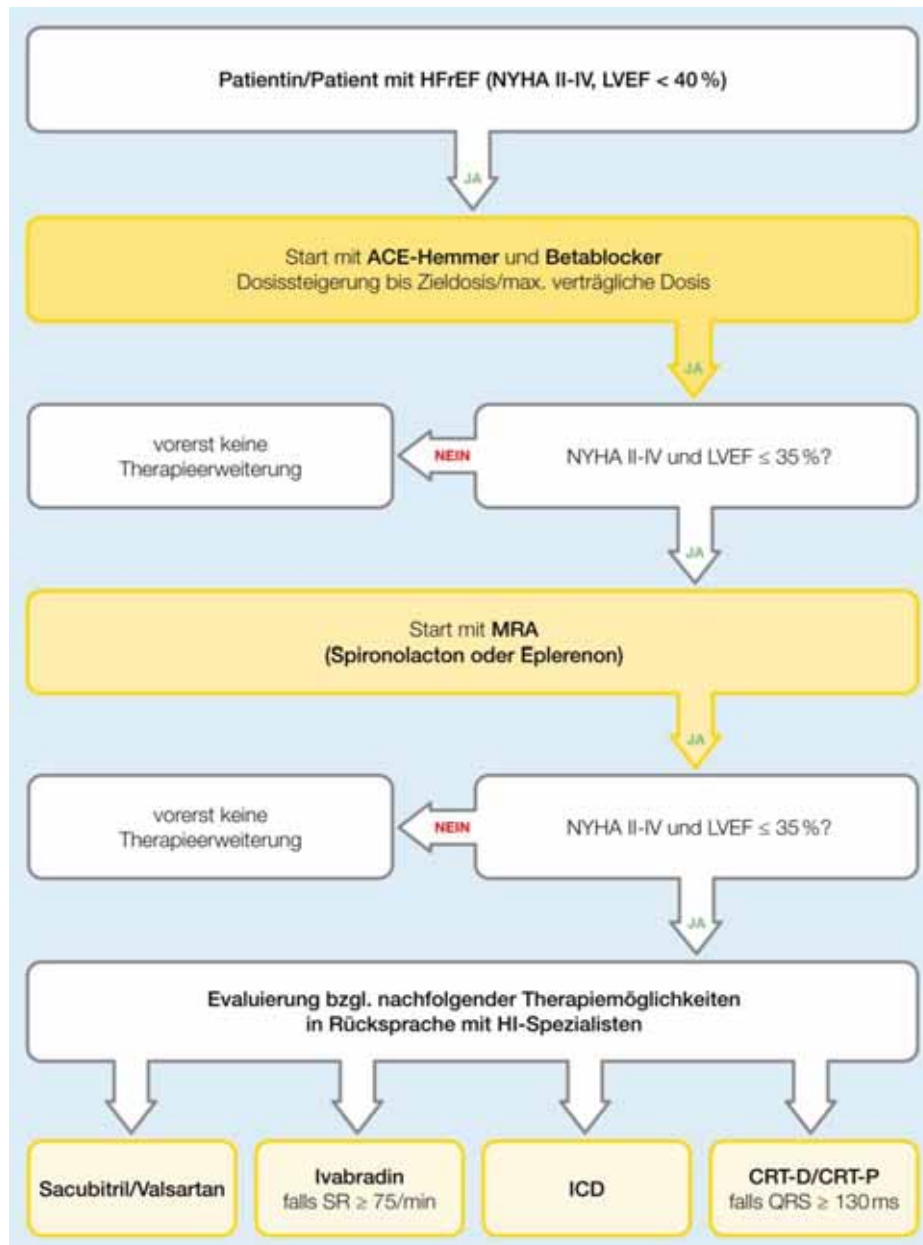


Abbildung 11: Überblick Behandlungspfad HFrEF (modifiziert nach ESC, 2016 Ponikowski et al., 2016)

5.1. ACE(Angiotensin-Converting Enzyme)-Hemmer und Betablocker (BB)

Bei der Behandlung einer HFrEF sollte möglichst frühzeitig nach der Diagnosestellung mit der Gabe von ACE-Hemmern und BB begonnen werden. Dies ist möglichst parallel zu starten und aufzutitrieren. In der klinischen Praxis empfehlen sich jedoch ein zeitversetzter Beginn und ebenso zeitversetzte Auftitrationsschritte für ACE-Hemmer und BB. Die Dosierungen können als Standardschema alle zwei Wochen verdoppelt werden. Je nach Nierenfunktion und Kaliumspiegel (ACE-Hemmer), Blutdruck (RR) (ACE-Hemmer und BB) und Herzfrequenz (BB) können auch langsamere und kleinere Schritte gewählt werden. Besonders ältere und fragile Patientinnen bzw. Patienten sind oft auf ein behutsameres Vorgehen angewiesen, um die Zieldosen zu erreichen.

Im Folgenden werden die typischen Probleme, die bei der Auftitration von ACE-Hemmern bzw. BB auftreten können und die Empfehlungen, wie damit umzugehen ist, aufgezeigt.

Auf die in den folgenden Abbildungen als Schlagwort angeführten ‚Optimierungsmaßnahmen‘ wird in Abbildung 18 näher eingegangen bzw. diese werden dort gelistet.

Umgang mit typischen Problemen bei der Auftitration von ACE-Hemmern:

a) Verschlechterung der Nierenfunktionsparameter und Hyperkaliämie

- Ein geringer Anstieg von Harnstoff-Stickstoff (BUN), Kreatinin, und Kalium unter ACE-Hemmer-Therapie ist zu erwarten und erfordert keine Reaktion.
- Akzeptabel bzgl. Verschlechterung der Nierenfunktionsparameter ist entweder ein Anstieg des Kreatinins um 50% oder auf 3 mg/dl oder ein Absinken der glomerulären Filtrationsrate (GFR) auf $<25\text{ml/min/1,73 m}^2$.
- Ein Anstieg des Kaliums auf 5,5 mmol/L ist akzeptabel.
- Falls Nierenretentionsparameter oder Kalium die oben genannten Grenzwerte übersteigen, sollte die Indikation von nephrotoxischen Substanzen (z.B. nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR)), Kaliumsubstitution oder kaliumsparende Diuretika wie Triamteren oder Amilorid hinterfragt werden. In Abhängigkeit von Stauungszeichen können Diuretika abgesetzt oder kann die Dosis reduziert werden. Falls diese Maßnahmen erfolglos sind, sollte eine Herzinsuffizienzspezialistin bzw. ein Herzinsuffizienzspezialist kontaktiert werden.
- Nur in Ausnahmefällen muss die ACE-Hemmer-Dosis halbiert oder gar abgesetzt werden.
- Bei steigenden Nieren- oder Kaliumwerten sollten regelmäßige Laborkontrollen durchgeführt werden, bis ein Plateau erreicht wird.
- CAVE: bilaterale Nierenarterienstenose (selten). Diese muss nicht vorab mit entsprechenden Untersuchungen ausgeschlossen werden. Bei deutlichem Anstieg der Nierenwerte sollte aber diese Diagnose in Betracht gezogen werden.

b) Hypotonie

- Falls asymptomatisch: üblicherweise keine Änderung der Therapie notwendig.
- Falls symptomatisch: Indikation von Nitraten, Kalziumkanal-Blockern und anderen blutdrucksenkenden Medikamenten überprüfen und ggf. Dosis reduzieren oder absetzen.
- Bei fehlenden Stauungszeichen Diuretika absetzen oder Dosis reduzieren.
- Nierenparameter verfolgen.

c) Husten

- Husten ist häufig bei Herzinsuffizienz-Patientinnen bzw. Patienten, viele haben eine Raucheranamnese.
- Husten stellt auch Symptom einer Lungenstauung dar, die ausgeschlossen werden sollte.
- Ein ACE-Hemmer-Husten ist im Allgemeinen harmlos und erfordert nicht immer eine Umstellung auf Angiotensinrezeptorblocker (ARB).

- Voraussetzung für die Diagnose eines ACE-Hemmer-Hustens ist ein rasches Sistieren nach Absetzen und Neubeginn des Hustens nach Wiederbeginn des ACE-Hemmers.
- Da der ARB keine mit dem ACE-Hemmer vergleichbaren Mortalitätsdaten für die Herzinsuffizienz aufweist, gilt er nicht als gleichwertiger Ersatz und sollte nur im Einzelfall nach strenger Diagnosestellung eines ACE-Hemmer-Hustens (s.o.) verschrieben werden.

Abbildung 12 stellt schematisch den Einstellungspfad für ACE-Hemmer dar.



Abbildung 12: Einstellungspfad ACE-Hemmer inkl. Start- und Zieldosen ausgewählter, für HFrEF zugelassener Substanzen

Umgang mit typischen Problemen bei der Auftitration von Betablockern:

Anmerkung: Die Patientin bzw. der Patient sollte idealerweise vor Beginn der BB-Therapie darüber informiert werden, dass nachstehende Probleme auftreten können, dass diese allerdings meist nur vorübergehend und üblicherweise gut beherrschbar sind und, dass diese in keinem Verhältnis zu dem überragenden Vorteil der BB Therapie auf die Leistungsfähigkeit und die Prognose stehen.

a) Verschlechterung der Symptome oder Zeichen der Herzinsuffizienz (z.B. zunehmende Dyspnoe, Müdigkeit, Ödeme, Gewichtszunahme)

- Bei zunehmenden Stauungszeichen, Diuretika-Dosis erhöhen und falls dies nicht hilft, BB-Dosis halbieren.
- Bei ausgeprägter Müdigkeit ist es selten notwendig, die BB-Dosis zu halbieren.

b) Niedrige Herzfrequenz

- Falls $< 50/\text{min}$ und Verschlechterung der Symptomatik, BB halbieren oder in schweren Fällen absetzen (selten notwendig). Da die vorherige Dosis ja vertragen wurde, macht es Sinn, zunächst auf diese zurück zu wechseln.
- Indikation anderer herzfrequenzsenkender Medikament überprüfen (Digitalis, Amiodaron, Diltiazem, Verapamil).
- EKG zum Ausschluss eines Atrio-Ventrikulär(AV)-Blockes

c) Hypotonie

- Falls asymptomatisch: üblicherweise keine Änderung der Therapie notwendig.
- Falls symptomatisch: Indikation von Nitraten, Kalziumkanal-Blockern und anderen blutdrucksenkenden Medikamenten überprüfen und ggf. Dosis reduzieren oder absetzen.
- Bei fehlenden Stauungszeichen Diuretika absetzen oder Dosis reduzieren.
- Bei einem fehlenden RR-Anstieg unter BB-Pause ist dieser wieder zu beginnen, da nicht verantwortlich für Hypotonie.

d) Potenzstörungen

- Ursache der Potenzstörungen bei der Herzinsuffizienz ist in der Regel die Grunderkrankung und nicht der BB.
- Bei Potenzstörungen: Absetzen des BB vermeiden. Im Bedarfsfall Verwendung von PDE5-Inhibitoren.

e) Asthma/COPD

- Asthma stellt lediglich eine relative, COPD keine Kontraindikation (KI) für BB dar.
- Bei einer möglichen Verschlechterung der Klinik: Steigerung der antiobstruktiven Therapie.

Abbildung 13 stellt schematisch den Einstellungsalgorithmus für BB dar.



Abbildung 13: Einstellungspfad Betablocker inkl. Start- und Zieldosen ausgewählter, für HFrEF zugelassener Substanzen

5.2. Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten

Ist die Patientin bzw. der Patient nach entsprechender Auftitration von ACE-Hemmern und BB nach wie vor symptomatisch (d.h. NYHA II-IV) und beträgt ihre bzw. seine LVEF $\leq 35\%$, so ist mit einem Mineralokortikoidrezeptor-Antagonisten (MRA) (Spironolacton oder Eplerenon) zu beginnen.

Im Folgenden werden die typischen Problemen, die bei der MRA-Auftitration auftreten können und den Empfehlungen, wie damit umzugehen ist, aufgezeigt.

Umgang mit typischen Problemen bei der MRA-Auftitration:

a) Verschlechterung der Nierenfunktionsparameter und Hyperkaliämie

- Die Hauptsorge ist dabei eine Hyperkaliämie ($> 6,0 \text{ mmol/L}$), obwohl dies in RALES (Pitt Bertram et al., 1999) und EMPHASIS-HF (Zannad et al., 2011) selten vorkam und ein hochnormaler Kaliumspiegel protektiv sein dürfte.
- Andere kaliumsparende Diuretika und nephrotoxische Substanzen (NSAR) sollten vermieden werden.
- Eine Dreifach-Kombination aus ACE-Hemmer, ARB und MRA ist nicht empfohlen.
- CAVE: Manche Kochsalzersatz- und Magnesium-Produkte enthalten viel Kalium.

b) Gynäkomastie und Mastodynie

- V. a. bei männlichen Patienten durch Spironolacton, eine Umstellung auf Eplerenon sollte erfolgen.

Bei Unverträglichkeit beider MRA ist eine Kombination von ACE-Hemmer und ARB zu erwägen.

Abbildung 14 stellt schematisch den Einstellungspfad für MRA dar.

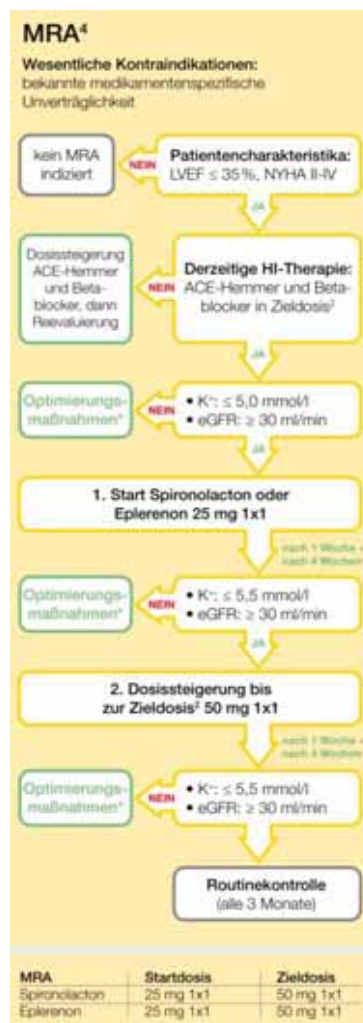


Abbildung 14: Einstellungspfad MRA inkl. Start- und Zieldosen derzeit für HFrEF zugelassener Substanzen

5.3. Evaluierung bezüglich weiterer Therapien

Hat die Patientin bzw. der Patient bereits eine Therapie mit ACE-Hemmern und BB sowie mit einem MRA, ist sie bzw. er nach wie vor symptomatisch (NYHA II-IV) und liegt die LVEF bei $\leq 35\%$, so ist die Patientin bzw. der Patient für eine weitere Therapie zu evaluieren (siehe Abbildung 11).

Folgende weitere Therapieoptionen kommen diesbezüglich in Frage:

- Sacubitril/Valsartan,
- Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) (wenn QRS ≥ 130 ms),
- ICD,
- Ivabradin (wenn SR mit Herzfrequenz $\geq 75/\text{min}$).

Diese werden ggf. von der niedergelassenen Internistin bzw. dem niedergelassenen Internisten mit Echokardiografie oder von der Kardiologin bzw. dem Kardiologen bzw. der Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. dem Herzinsuffizienz-Spezialisten oder in der Herzinsuffizienz-Ambulanz evaluiert und die jeweiligen Therapien dann initiiert.

5.3.1. Gabe von Sacubitril/Valsartan

Abbildung 15 stellt schematisch den Einstellungsalgorithmus für Sacubitril/Valsartan dar.



Abbildung 15: Einstellungspfad Sacubitril/Valsartan inkl. Start- und Zieldosen

5.3.2. Gabe von Ivabradin

Abbildung 16 stellt schematisch den Einstellungsalgorithmus für Ivabradin dar.

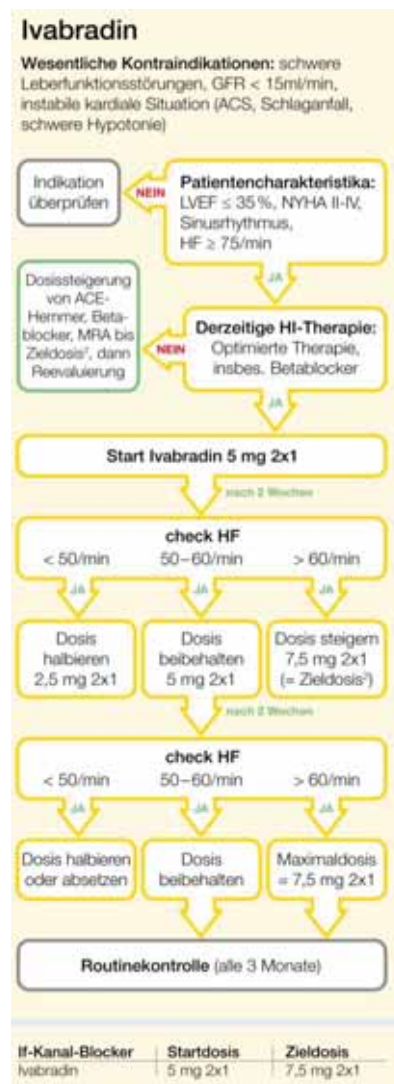


Abbildung 16: Einstellungspfad Ivabradin inkl. Start- und Zieldosen

5.3.3. Kardiale Resynchronisationstherapie/Implantierbare Defibrillatoren

Da die Indikationsstellung für Herzinsuffizienz-Devices bei der individuellen Patientin bzw. beim individuellen Patienten relativ komplex sein kann, sollte die Entscheidung zur Implantation der Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. dem Herzinsuffizienz-Spezialisten vorbehalten bleiben. Um den Vorstellungszeitpunkt zur Evaluierung zu beschreiben und die wesentlichen Entscheidungskriterien transparent zu machen, werden hier nur die wichtigsten Punkte angeführt.

Aufgrund des Erfolges der medikamentösen Therapie verlieren zahlreiche Herzinsuffizienz-Patientinnen bzw. Herzinsuffizienz-Patienten im Laufe der Therapieoptimierung ihre Device-Indikation, v.a. durch einen Anstieg der LVEF auf > 35% oder durch eine symptomatische Besserung auf NYHA I. Ein vorzeitig implantiertes Device hat bei diesen Patientinnen bzw. Patienten keinen gesicherten Benefit mehr, weshalb in dieser Hinsicht nur die Komplikationsraten (Infektionen, inadäquate Schocks, Sondenbrüche, usw.) relevant bleiben.

Dementsprechend sind vor Evaluierung für ein Herzinsuffizienz-Device (CRT oder ICD in primärprophylaktischer Indikation) eine Auftitration der Herzinsuffizienz-Medikation lt. Einstellungspfad und anschließend eine dreimonatige Wartezeit empfohlen.

Abbildung 17 stellt den Algorithmus für CRT bzw. primärprophylaktischen ICD schematisch dar.

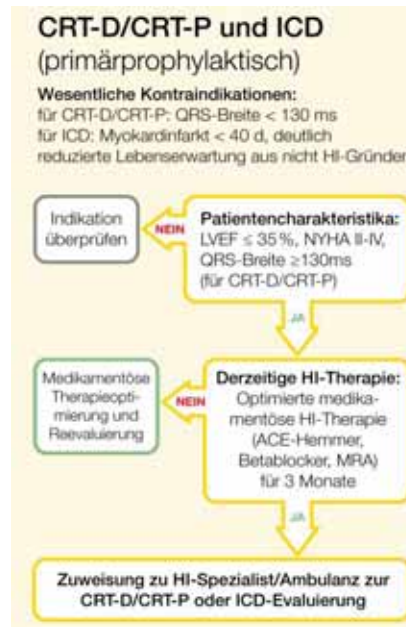


Abbildung 17: CRT- und ICD-Algorithmus (primärprophylaktisch)

5.4. Optimierungsmaßnahmen zur Erreichung der Zieldosis

Abbildung 18 stellt die wichtigsten Maßnahmen zur Optimierung von systolischem Blutdruck, glomerulärer Filtrationsrate, Kaliumspiegel und Herzfrequenz, die im Rahmen der Auftitration erforderlich sein können, im Überblick dar.

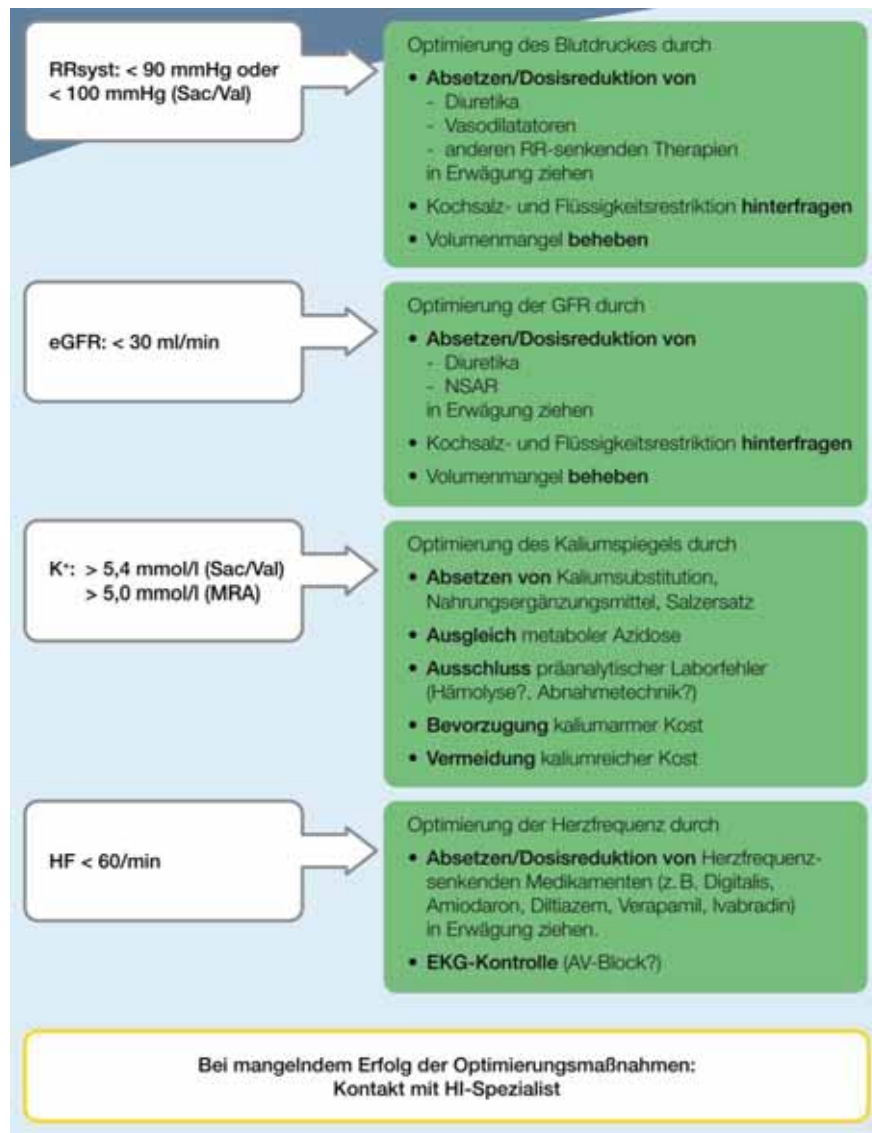


Abbildung 18: Optimierungsmaßnahmen

5.5. Medikamente, die bei HFrEF vermieden werden sollten

Ziel dieser im Folgenden angeführten Auflistung ist es, die wichtigsten Medikamente und Medikamentenkombinationen, die bei Herzinsuffizienz vermieden werden sollen, darzustellen. Diese Liste kann jedoch keinesfalls sämtliche bei Herzinsuffizienz nicht sicheren und potentiell schädlichen Medikamente bzw. Medikamentenkombinationen beinhalten. Für eine ausführlichere Darstellung muss aus Platzgründen auf die internationalen Richtlinien, die Fachinformationen und die Fachliteratur verwiesen werden.

5.5.1. Medikamente oder Medikamentenkombinationen, die negative Effekte (Schaden für Patientinnen bzw. Patienten) bei HFrEF haben können

- Glitazone (Thiazolidinedione): erhöhen das Risiko für Verschlechterung der Herzinsuffizienz und Herzinsuffizienzhospitalisierung,
- NSAR oder COX(Cyclooxygenase)-2-Hemmer: erhöhen das Risiko für Verschlechterung der Herzinsuffizienz und Herzinsuffizienzhospitalisierung,
- Diltiazem oder Verapamil: erhöhen das Risiko für Verschlechterung der Herzinsuffizienz und Herzinsuffizienzhospitalisierung,

- ARB (oder direkter Renin-Inhibitor/Aliskiren) zusätzlich zur Kombination von ACE-Hemmern und MRA: erhöhtes Risiko für Niereninsuffizienz und Hyperkaliämie,
- Moxonidin: Hinweise auf erhöhte Mortalität bei Herzinsuffizienz.

5.5.2. Weitere Medikamente, die nicht verwendet, vermieden oder nur mit äußerster Vorsicht und strenger Indikationsstellung verwendet werden sollten

- Dronedaron und Klasse I Antiarrhythmika (z.B. Flecainid),
- Systemisches Kortison (Inhalative Therapien gelten als unbedenklich),
- Trizyklische Antidepressiva: Risiko für QT-Verlängerung im EKG und Hypotension,
- Alpha-Rezeptorblocker (auch bei Prostatahyperplasie): Verschlechterung der Herzinsuffizienz.

Auf die Auflistung anderer potentiell gefährlicher Medikamente bei HFrEF und Herzinsuffizienz im Allgemeinen wie z.B. Chemotherapeutika, Clozapin, Tumornekrosefaktor(TNF)-alpha Antagonisten wurde verzichtet, da diese praktisch ausnahmslos von Spezialistinnen bzw. Spezialisten der entsprechenden Fachrichtung verschrieben werden.

6. THERAPIE DER HFPEF UND HFMR EF

Die Unterscheidung zwischen HFrEF und HFmrEF bzw. HFpEF ist v.a. zum Zeitpunkt der Erstdiagnose relevant. Eine HFrEF-Patientin bzw. ein HFrEF-Patient, die bzw. der im Zuge der Therapie mit der LVEF über 40% liegt oder gar über 50% steigt, wird dadurch nicht automatisch zur bzw. zum HFmrEF- oder HFpEF-Patientin bzw. -Patienten, für die bzw. den es keine belegte Therapie gibt. Im Gegenteil ist es die derzeitige Strategie, diese Patientin bzw. diesen Patienten weiterhin wie eine HFrEF-Patientin bzw. einen HFrEF-Patienten zu behandeln. In der Literatur wird diese Gruppe von Patientinnen bzw. Patienten teilweise durch die Begriffe ‚HFpEF improved‘ oder ‚HFrecEF (recovered)‘ abgegrenzt. Eine Patientin bzw. ein Patient hingegen, die bzw. der ursprünglich der HFmrEF- oder HFpEF-Gruppe angehört und sich mit der LVEF auf unter 40% verschlechtert, gilt ab diesem Zeitpunkt als HFrEF-Patientin bzw. -Patient und es gelten alle entsprechenden therapeutischen Empfehlungen (vgl. Kapitel 5).

Die Evidenzlage zur medikamentösen Therapie von Patientinnen bzw. Patienten mit HFpEF und HFmrEF ist unzureichend, da diese in den meisten großen randomisierten Studien zur chronischen Herzinsuffizienz nicht eingeschlossen waren. Zudem konnte bislang für keine Therapie ein klarer Nutzen hinsichtlich der Morbidität oder Mortalität nachgewiesen werden. Therapieempfehlungen für Patientinnen bzw. Patienten mit HFpEF bzw. HFmrEF beschränken sich darauf, dass diese hinsichtlich der Komorbiditäten gescreent werden sollen, die ggf. entsprechend behandelt werden sollen.

Außerdem werden für Patientinnen bzw. Patienten mit Zeichen einer Flüssigkeitsretention Diuretika empfohlen, um Symptome und Zeichen zu verbessern.

7. ZUWEISUNGSPFADE – BETREUUNG BEI HFREF (AUF BASIS DER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNGSZIELE)

7.1. Erstdiagnose, Therapieempfehlung und Therapiestart inkl. Therapieoptimierung

Bei Verdacht auf Herzinsuffizienz im nicht-akuten Setting wird in der Regel die Erstdiagnose in der hausärztlichen Praxis gestellt. I. S. der bereits genannten Stufendiagnostik erhebt die Hausärztin bzw. der Hausarzt bei Verdacht auf chronische Herzinsuffizienz die Anamnese und Symptome, führt eine körperliche Untersuchung sowie eine EKG-Untersuchung durch und bestimmt diverse Laborparameter (siehe Abbildung 20). Falls auf Basis dieser ersten Diagnostik das Vorliegen einer chronischen Herzinsuffizienz wahrscheinlich ist, wird die Patientin bzw. der Patient zur niedergelassenen Internistin bzw. zum niedergelassenen Internisten zugewiesen, wo eine echokardiografische Untersuchung durchgeführt wird, therapierbare Ätiologien und Komorbiditäten geklärt werden. In weiterer Folge wird zudem ein Therapieversuch erstellt. Die nachfolgende Auftitration der Medikation (gemäß der Einstellungspfade) erfolgt in der hausärztlichen Praxis, wobei hier insbesondere bei Problemen in der Therapieoptimierung und bei der Auftitration die Zuweisung zur niedergelassenen Internistin bzw. zum niedergelassenen Internisten sowie ggf. zur Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. zum Herzinsuffizienz-Spezialisten, d.h. in eine entsprechende Ambulanz, notwendig sein kann.

Wurde bei einer Patientin bzw. einem Patienten die Zieldosis erreicht und diese bzw. dieser erreicht danach NYHA I, so ist nach Reevaluierung bei der niedergelassenen Internistin bzw. dem niedergelassenen Internisten (mit ggf. Ergometrie zur Objektivierung der Leistungsfähigkeit) keine zusätzliche therapeutische Maßnahme nötig. Ist die Patientin bzw. der Patient nach Erreichen der Zieldosis weiterhin symptomatisch (NYHA II-IV), so sind weitere Therapien zu evaluieren. Dies sollte unter Einbeziehung der niedergelassenen Internistin bzw. des niedergelassenen Internisten bzw. der Herzinsuffizienz-Ambulanz gemäß Abbildung 20 erfolgen. Sind alle empfohlenen Therapieoptionen gemäß der Einstellungspfade evaluiert bzw. umgesetzt, wird die Patientin bzw. der Patient in die längerfristige Betreuung gemäß Abbildung 21 übernommen.

7.2. Kontinuierliche Betreuung

Ist eine Patientin bzw. ein Patient stabil und wird sie bzw. er optimiert therapiert, sind weniger häufige Kontakte zur Patientin bzw. zum Patienten ausreichend. Art und Anzahl der Komorbiditäten können allerdings ein länger andauerndes intensives Follow-up (mit-)bedingen (Mörtl et al., 2017). Dementsprechend können verschiedene medizinische Behandlungsziele im Vordergrund stehen (siehe auch Abbildung 19):

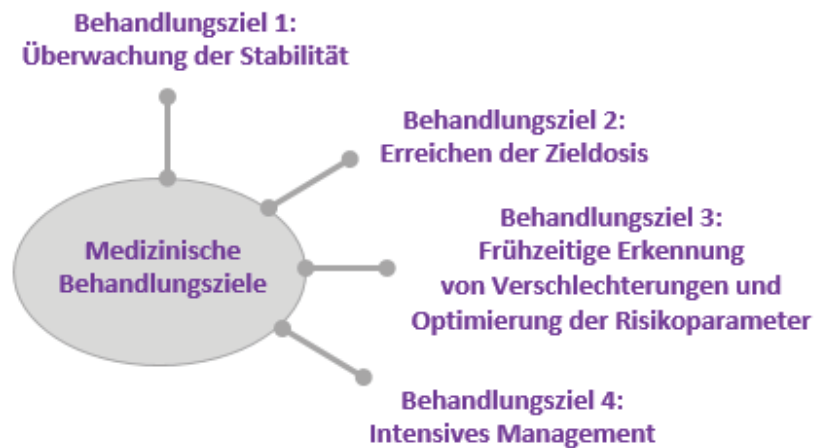


Abbildung 19: Medizinische Behandlungsziele

- **Behandlungsziel 1; Überwachung der Stabilität:** bei stabilen Patientinnen bzw. Patienten in den NYHA-Klassen I bis III, die bereits Leitlinien-konform therapiert sind, d.h. bei denen die medikamentöse Therapie auch in der Zieldosis verordnet ist,
- **Behandlungsziel 2; Erreichen der Zieldosis:** bei Patientinnen bzw. Patienten, deren Therapie noch nicht optimiert ist bzw. bei denen die Zieldosis noch nicht erreicht ist,
- **Behandlungsziel 3; frühzeitige Erkennung von Verschlechterungen und Optimierung der Risikoparameter:** bei stabilen, Leitlinien-konform therapierten Patientinnen bzw. Patienten, die allerdings ein hohes Risiko für Komplikationen haben (siehe Tabelle 6),
- **Behandlungsziel 4; intensives Management:** bei stabilen, Leitlinien-konform therapierten Patientinnen bzw. Patienten, die allerdings ein sehr hohes Risiko für Komplikationen haben (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6 fasst die Parameter mit den entsprechenden Kriterien, die eine Einteilung in hohes bzw. sehr hohes Risiko ermöglichen, zusammen.

Tabelle 6: Hohes vs. sehr hohes Risiko für Komplikationen

Parameter	Kriterium für hohes Risiko	Kriterium für sehr hohes Risiko
NYHA-Klasse		IV
RRsyst.	< 90 mmHg	< 85 mm Hg
eGFR	< 50 ml/min/1,73 m ²	< 30 ml/min/1,73 m ²
NT-proBNP	> 1000 pg/ml	> 2000 pg/ml
Schleifendiuretikum-Bedarf	mit Äquivalenzdosis ≥ 80 mg/d Furosemid	--

Ist bei einem der genannten Parameter das entsprechende Kriterium erfüllt, so gilt die Patientin bzw. der Patient als Patientin bzw. Patient mit hohem bzw. sehr hohem Risiko.

I. S. einer kontinuierlichen und effektiven Versorgung (am ‚best point of care‘) ist es von großer Bedeutung, zu definieren, durch wen und wo die Betreuung der Patientin bzw. des Patienten im Versorgungsnetzwerk zu welchen Zeitpunkten erfolgen sollte. Dazu wurden für Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF für die Erstdiagnose mit Therapieempfehlung

und Therapiestart inkl. Therapieoptimierung sowie für die kontinuierliche Betreuung (nach Therapieoptimierung) Pfade erstellt, die auf den genannten medizinischen Behandlungszielen basieren. (CCIV, 2017 unveröffentlicht)

Wie bereits aufgezeigt wurde, werden im Rahmen der kontinuierlichen Betreuung vier Behandlungsziele unterschieden, die in den folgenden Abschnitten 7.2.1 bis 7.2.4 genauer erläutert werden sollen.

7.2.1. Behandlungsziel 1

Dieses Ziel wird bei einer stabilen Patientin bzw. einem stabilen Patienten verfolgt, deren bzw. dessen Herzinsuffizienzmedikamente sich in Zieldosis befinden und die bzw. der sämtliche der folgenden Eigenschaften ausweist: Normale Nieren- und Kaliumwerte, $RR_{syst.} \geq 90\text{mmHg}$, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen.

Bei Behandlungsziel 1 sind Kontrollen bei der Allgemeinmedizinerin bzw. dem Allgemeinmediziner zumindest alle drei Monate vorgesehen. Ziel dieser Kontrollen ist die Überprüfung der klinischen Stabilität der Patientin bzw. des Patienten. Zu diesem Zweck werden eine Anamnese und ein klinischer Status (Herzinsuffizienz-Symptome und -Zeichen, Blutdruck, Puls) durchgeführt und Laborparameter wie Elektrolyte, Nieren- und Leberfunktionsparameter und Blutbild bestimmt. Einmal pro Jahr sollten Schilddrüsenfunktionsparameter und bei NYHA II oder III ein Eisenstatus bestimmt werden. Sonstige Parameter werden je nach Bedarf und Komorbiditäten bestimmt.

Alle 6-12 Monate sollte eine Echokardiographie bei der niedergelassenen Internistin/Kardiologin bzw. beim niedergelassenen Internisten/Kardiologen durchgeführt werden.

Alle 12-18 Monate ist eine Kontrolle bei einer Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. einem Herzinsuffizienz-Spezialisten bzw. in einer Herzinsuffizienz-Ambulanz vorgesehen. Ziel dieser Kontrollen ist es, die Therapie zu überprüfen und ggf. zwischenzeitlich neue Behandlungsempfehlungen umzusetzen.

7.2.2. Behandlungsziel 2

Dieses Ziel wird bei einer klinisch stabilen Patientin bzw. einem klinisch stabilen Patienten verfolgt, deren bzw. dessen Medikamentendosierung nicht auf die Zieldosis auftitriert werden konnte. Gründe dafür sind meist potentiell reversible Probleme wie z.B. erhöhte Nierenfunktionsparameter, Hyperkaliämie oder Hypotonie.

Prinzipiell ist bei Behandlungsziel 2 dasselbe Betreuungsschema wie bei Behandlungsziel 1 vorgesehen, wobei im Falle einer Besserung der o.g. Parameter, d.h., wenn das Problem, welches das Auftitrieren verhindert hat, nicht mehr gegeben ist, die Patientin bzw. der Patient zwecks Therapieoptimierung zur niedergelassenen Fachärztin bzw. zum niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiografie bzw. Kardiologie oder zur bzw. zum Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. -Spezialisten bzw. an die Herzinsuffizienz-Ambulanz zugewiesen werden sollte.

7.2.3. Behandlungsziel 3

Dieses Behandlungsziel wird bei einer stabilen Hochrisikopatientin bzw. einem stabilem Hochrisikopatienten verfolgt, die bzw. der trotz optimierter Therapie ein hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse hat und eines der folgenden Kriterien erfüllt: $RR_{syst.} < 90$

mmHg, eGFR < 50 ml/min/1,73 m², NT-proBNP > 1000 pg/ml, Schleifendiuretikumbedarf mit Äquivalenzdosis $\geq$ 80 mg/d Furosemid. Eine solche Patientin bzw. ein solcher Patient sollte zumindest alle drei Monate bei der niedergelassenen Fachärztin bzw. dem niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiografie bzw. der Fachärztin bzw. dem Facharzt für Kardiologie kontrolliert werden. D.h. hier erfolgt die hauptsächliche Therapie durch die niedergelassene Fachärztin bzw. den niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin bzw. Kardiologie. Ziel dessen ist die Erkennung von Verschlechterungen von Symptomen, Zeichen oder Prognosemarkern der Herzinsuffizienz und deren Therapie sowie ggf. die rasche Zuweisung zur bzw. zum Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. -Spezialisten bzw. zur Herzinsuffizienz-Ambulanz. Bei einer Besserung der Risikoparameter der Patientin bzw. des Patienten wird oft eine vorher gescheiterte Therapieoptimierung möglich. Auch hier sollte mit der bzw. dem Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. -Spezialisten bzw. der Herzinsuffizienz-Ambulanz Kontakt aufgenommen werden.

7.2.4. Behandlungsziel 4

Dieses Ziel wird bei einer Patientin bzw. einem Patienten mit sehr hohem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse trotz optimierter Therapie verfolgt, die bzw. der eines der folgenden Kriterien erfüllt: schwere Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz, RR_{syst.} < 85 mmHg, eGFR < 30 ml/min/1,74 m², NT-proBNP > 2000 pg/ml. Diese Patientin bzw. dieser Patient sollte hauptsächlich über die Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. den Herzinsuffizienz-Spezialisten oder die Herzinsuffizienz-Ambulanz in enger Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich betreut werden. D.h. die Kontrollen und ggf. die Therapieadaptation erfolgen durch die Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. den Herzinsuffizienz-Spezialisten bzw. die Herzinsuffizienz-Ambulanz. Alternativ ist es auch möglich, dass diese bzw. dieser klare Empfehlungen für die Betreuung im niedergelassenen Bereich vorgibt.

Abbildung 20 und Abbildung 21 geben einen Überblick über die Erstdiagnose mit Therapieempfehlung und Therapiestart bzw. die kontinuierliche Betreuung von Patientinnen und Patienten mit HFrEF abhängig vom Patientinnen- bzw. Patiententyp.

Unabhängig vom Behandlungsziel sollte von der betreuenden Ärztin bzw. vom betreuenden Arzt die Möglichkeit einer Rehabilitation (ambulant oder stationär) in Betracht gezogen werden und ggf. sollten die notwendigen weiteren Schritte diesbezüglich eingeleitet werden.

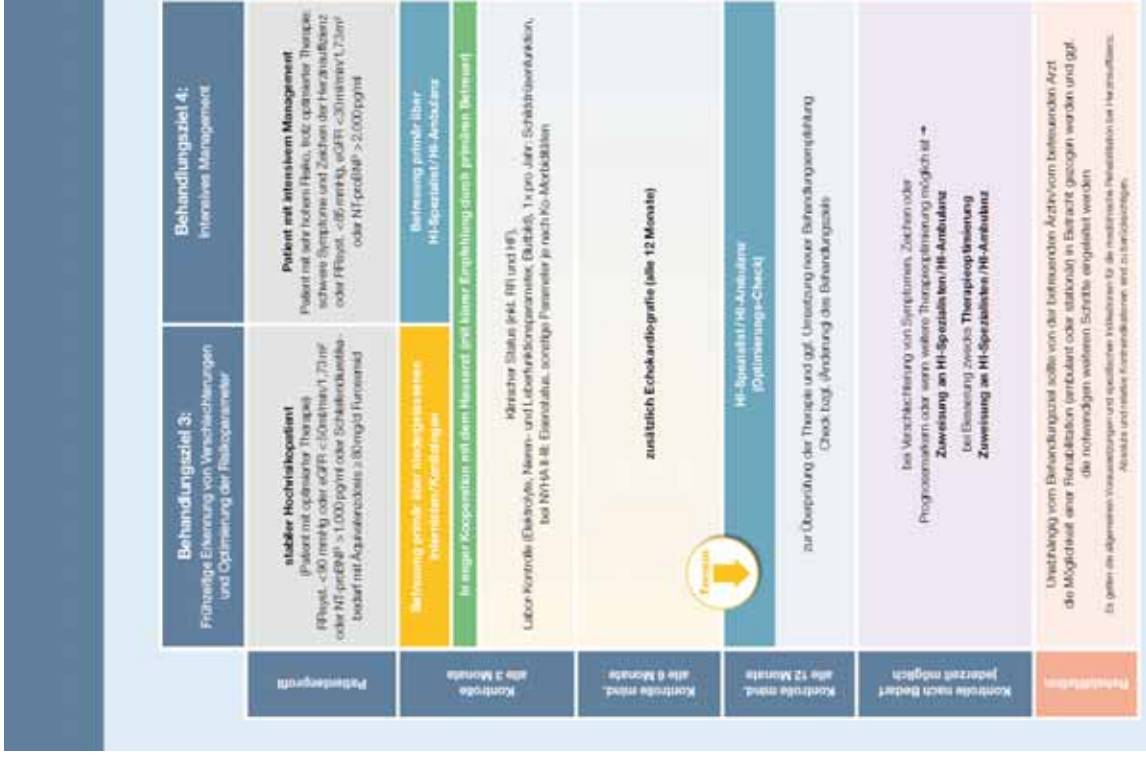
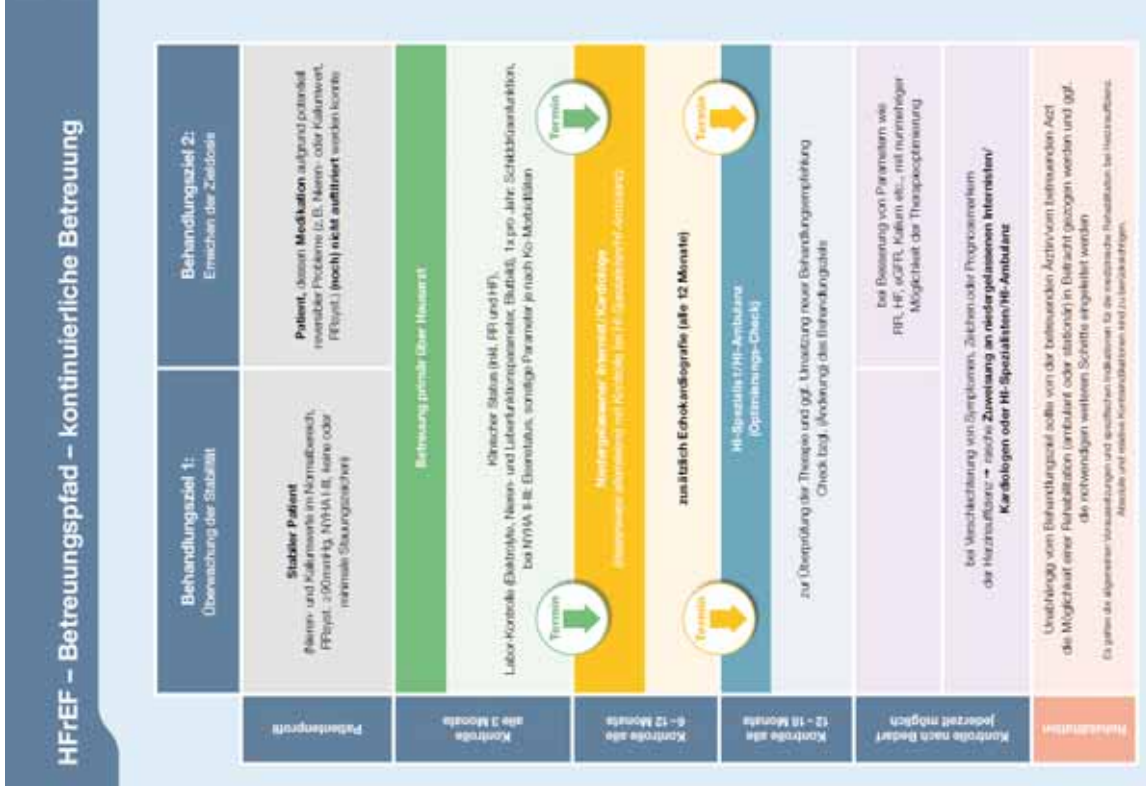


Abbildung 21: Kontinuierliche Betreuung

7.3. Versorgungsoptionen

Die in Abschnitt 2.4 allgemein mit Vor- und Nachteilen dargestellten Versorgungsmodelle können abhängig von den verfügbaren patientinnen- bzw. patientenseitigen sowie systemseitigen Ressourcen individuell zur Anwendung kommen.

Nachfolgende Abbildung 22 stellt zusammenfassend die Faktoren dar, welche die variablen patientinnen- bzw. patientenzentrierten Versorgungsstrategien beeinflussen. Details zu den einzelnen Faktoren können den entsprechenden Abschnitten entnommen werden.

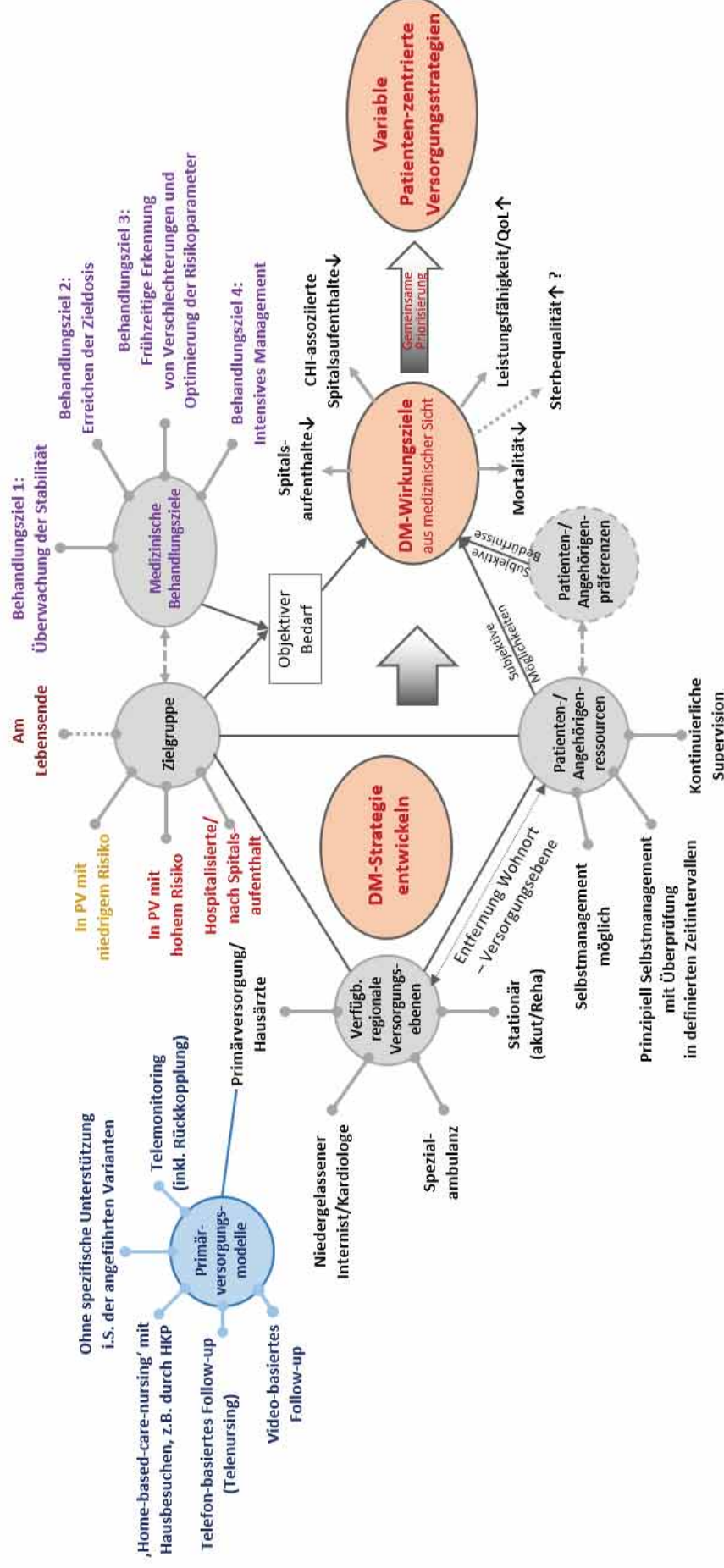


Abbildung 22: Einflussfaktoren der variablen patientinnen- bzw. patientenzentrierten Versorgungsstrategien (in Anlehnung an Desai & Stevenson, 2012)

8. BETREUUNG BEI HFPEF UND HFMR EF

Patientinnen bzw. Patienten mit HFpEF oder HFmrEF werden primär über die Hausärztin bzw. den Hausarzt betreut. Durch diese bzw. diesen finden regelmäßige Kontrollen statt, deren Art und Umfang vom individuellen Komorbiditätenprofil abhängig ist. Da es bei diesen Patientinnen bzw. Patienten noch keine etablierten, evidenzbasierten Therapiealgorithmen gibt, liegt der Hauptfokus auf der Behandlung der Komorbiditäten wie z.B. koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie und dem Erhalt der Euvolämie v.a. mit Diuretika. Eine initiale Vorstellung der Patientinnen bzw. Patienten in einer Spezialambulanz bei komplexen Fragestellungen oder zur Abklärung von spezifischen Herzerkrankungen (z.B. Amyloidose, Hypertrophe Kardiomyopathie) erscheint sinnvoll. Dies könnte den Patientinnen bzw. Patienten auch die Möglichkeit einer Teilnahme an einer klinischen Studie bieten.

9. ALLGEMEINE MAßNAHMEN UND NICHT-MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

9.1. Schulung und Beratung

Die Patientinnen- bzw. Patientenschulung und -beratung ist ein essentieller Bestandteil von Disease-Management und umfasst Empowerment und Selbstmanagement. Von jeder Patientin bzw. jedem Patienten sollten tägliche Aufzeichnungen von Körpergewicht, Blutdruck und Herzfrequenz existieren. Um die korrekte Durchführung dessen sicherzustellen sollen Patientinnen bzw. Patienten und/oder Angehörige entsprechend geschult werden. Ebenso immanente Schulungsinhalte beziehen sich auf die Adhärenz zur Therapie sowie die Interpretation ihrer Symptome und der Früherkennung von Verschlechterungen. Weitere Schulungsinhalte, die zum Teil nach Bedarf optional sind, werden im Teilkonzept ‚Empowerment‘ beschrieben. Das Erlangen von ‚Selbstmanagement‘ soll bedeuten, dass die Patientin bzw. der Patient die bestimmten Parameter interpretieren und entsprechend auf Abweichungen reagieren kann. (Mörtl et al., 2017)

9.2. Körperliches Training

Die ESC-Leitlinien empfehlen für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ein entsprechend ausgestaltetes Bewegungstraining, um die Leistungsfähigkeit jener und die Symptome zu verbessern.

9.3. Impfprophylaxe

Die Influenza- und Pneumokokkenimpfung wird für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz empfohlen.

10. VERZEICHNISSE

10.1. Literaturverzeichnis

- Abhayaratna, W. P., Smith, W. T., Becker, N. G., Marwick, T. H., Jeffery, I. M. & McGill, D. A. (2006). Prevalence of heart failure and systolic ventricular dysfunction in older Australians: The Canberra Heart Study. *The Medical journal of Australia*, 184, 151–154. Zugriff am 24.09.2019. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/7287122_Prevalence_of_heart_failure_and_systolic_ventricular_dysfunction_in_older_Australians_The_Canberra_Heart_Study
- Badano, L. P., Albanese, M. C., Biaggio, P. de, Rozbowski, P., Miani, D., Fresco, C. et al. (2004). Prevalence, clinical characteristics, quality of life, and prognosis of patients with congestive heart failure and isolated left ventricular diastolic dysfunction. *Journal of the American Society of Echocardiography : Official Publication of the American Society of Echocardiography*, 17(3), 253–261. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2003.11.002>
- Beneder, N. M. (2009). *Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienzpatienten und die Sicht der Allgemeinmediziner in Oberösterreich*. Diplomarbeit. Medizinische Universität Graz, Graz. Zugriff am 28.02.2019. Verfügbar unter: https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=15978&pAutorNr=58637&pOrgNR=1
- BMASGK. (2017). *ÖSG 2017. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017*. inklusive Großgeräteplan (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hrsg.). Wien. Zugriff am 13.11.2020. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:cc75332a-e259-4077-956f-9eab1d9e433d/oesg_2017_-_textband,_stand_27.09.2019.pdf
- Boonman-de Winter, L. J. M., Rutten, F. H., Cramer, M. J. M., Landman, M. J., Liem, A. H., Rutten, G. E. H. M. et al. (2012). High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia*, 55(8), 2154–2162. <https://doi.org/10.1007/s00125-012-2579-0>
- CCIV. (2017 unveröffentlicht). *„Chronische Herzinsuffizienz – Vernetzte Herzen schlagen länger“* (Competence Center Integrierte Versorgung, Hrsg.). Wien.
- Ceia, F., Fonseca, C., Mota, T., Morais, H., Matias, F., Sousa, A. de et al. (2002). Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *The European Journal of Heart Failure*, 4(4), 531–539. [https://doi.org/10.1016/s1388-9842\(02\)00034-x](https://doi.org/10.1016/s1388-9842(02)00034-x)
- Desai, A. S. & Stevenson, L. W. (2012). Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? *Circulation*, 126(4), 501–506. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.125435>
- Hellermann, J. P., Jacobsen, S. J., Reeder, G. S., Lopez-Jimenez, F., Weston, S. A. & Roger, V. L. (2003). Heart failure after myocardial infarction: prevalence of preserved left ventricular systolic function in the community. *American Heart Journal*, 145(4), 742–748. <https://doi.org/10.1067/mhj.2003.187>
- Howard, R., McShane, R., Lindesay, J., Ritchie, C., Baldwin, A., Barber, R. et al. (2012). Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, 366(10), 893–903. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1106668>
- Magaña-Serrano, J. A., Almahmeed, W., Gomez, E., Al-Shamiri, M., Adgar, D., Sosner, P. et al. (2011). Prevalence of heart failure with preserved ejection fraction in Latin American, Middle Eastern, and North African Regions in the I PREFER study (Identification of Patients With Heart Failure and PREServed Systolic Function: an epidemiological regional study). *The American Journal of Cardiology*, 108(9), 1289–1296. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.06.044>

- Mishra, S., Mohan, J. C., Nair, T., Chopra, V. K., Harikrishnan, S., Guha, S. et al. (2018). Management protocols for chronic heart failure in India. *Indian Heart Journal*, 70(1), 105–127. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.11.015>
- Mörtl, D. (2017). Disease management programs in heart failure. Half a century of an unmet need. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23), 861–863. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1286-8>
- Mörtl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A. et al. (2017). Disease management programs in chronic heart failure. Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23-24), 869–878. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0>
- Mureddu, G. F., Agabiti, N., Rizzello, V., Forastiere, F., Latini, R., Cesaroni, G. et al. (2012). Prevalence of preclinical and clinical heart failure in the elderly. A population-based study in Central Italy. *European Journal of Heart Failure*, 14(7), 718–729. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfs052>
- Murphy, T. M., Waterhouse, D. F., James, S., Casey, C., Fitzgerald, E., O'Connell, E. et al. (2017). A comparison of HFrEF vs HFpEF's clinical workload and cost in the first year following hospitalization and enrollment in a disease management program. *International Journal of Cardiology*, 232, 330–335. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.12.057>
- Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management. (2016). *Grundlagenpapier*. Zugriff am 09.02.2018. Verfügbar unter: http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/10/OeGCC_Grundlagenpapier_290711.pdf
- Peyster, E., Norman, J. & Domanski, M. (2004). Prevalence and predictors of heart failure with preserved systolic function: Community hospital admissions of a racially and gender diverse elderly population. *Journal of cardiac failure*, 10(1), 49–54. [https://doi.org/10.1016/S1071-9164\(03\)00579-7](https://doi.org/10.1016/S1071-9164(03)00579-7)
- Philbin, E. F., Rocco, T. A., Lindenmuth, N. W., Ulrich, K. & Jenkins, P. L. (2000). Systolic versus diastolic heart failure in community practice: clinical features, outcomes, and the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors. *The American Journal of Medicine*, 109(8), 605–613. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(00\)00601-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(00)00601-x)
- Pitt Bertram, Zannad Faiez, Remme Willem J., Cody Robert, Castaigne Alain, Perez Alfonso et al. (1999). The Effect of Spironolactone on Morbidity and Mortality in Patients with Severe Heart Failure.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. et al. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- Rutten, F. H., Cramer, M.-J. M., Grobbee, D. E., Sachs, A. P. E., Kirkels, J. H., Lammers, J.-W. J. et al. (2005). Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *European Heart Journal*, 26(18), 1887–1894. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi291>
- Takeda, A., Martin, N., Taylor, R. S. & Taylor, S. J. C. 2019. *Disease management interventions for heart failure* (Cochrane Database of Systematic Reviews, ed.). Accessed 25.07.2019. Retrieved from <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002752.pub4/full>
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002752.pub4>

- Tiller, D., Russ, M., Greiser, K. H., Nuding, S., Ebelt, H., Kluttig, A. et al. (2013). Prevalence of symptomatic heart failure with reduced and with normal ejection fraction in an elderly general population-the CARLA study. *PloS One*, 8(3), e59225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059225>
- Van Riet, E. E. S., Hoes, A. W., Limburg, A., Landman, M. A. J., van der Hoeven, H. & Rutten, F. H. (2014). Prevalence of unrecognized heart failure in older persons with shortness of breath on exertion. *European Journal of Heart Failure*, 16(7), 772–777. <https://doi.org/10.1002/ejhf.110>
- Van Riet, E. E. S., Hoes, A. W., Wagenaar, K. P., Limburg, A., Landman, M. A. J. & Rutten, F. H. (2016). Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *The European Journal of Heart Failure*, 18(3), 242–252. <https://doi.org/10.1002/ejhf.483>
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H. et al. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*, 128(16), e240-327. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>
- Zannad, F., McMurray, J. J. V., Krum, H., van Veldhuisen, D. J., Swedberg, K., Shi, H. et al. (2011). Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *The New England Journal of Medicine*, 364(1), 11–21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1009492>

10.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klassifikation Herzinsuffizienz	8
Abbildung 2: Allgemeine (Behandlungs-)Ziele bzw. Nutzeneffekte	9
Abbildung 3: Kernelemente der Versorgung im Rahmen eines Disease-Managements für chronische Herzinsuffizienz	12
Abbildung 4: Regionale ärztliche Versorgungsebenen	13
Abbildung 5: Patientinnen- bzw. Patientenressourcen, ggf. inkl. Angehörigenressourcen	13
Abbildung 6: Akteurinnen bzw. Akteure im Disease-Management	14
Abbildung 7: Primärversorgungsmodelle	16
Abbildung 8: Risiko für stationären Aufenthalt nach Entlassung	17
Abbildung 9: Zielgruppen für ein Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz, Abgrenzung der Patientinnen bzw. Patienten	17
Abbildung 10: Vorgehen bei Verdacht auf nicht-akute Herzinsuffizienz, Diagnosepfad	21
Abbildung 11: Überblick Behandlungspfad HFrEF	22
Abbildung 12: Einstellungspfad ACE-Hemmer inkl. Start- und Zieldosen ausgewählter, für HFrEF zugelassener Substanzen	24
Abbildung 13: Einstellungspfad Betablocker inkl. Start- und Zieldosen ausgewählter, für HFrEF zugelassener Substanzen	26
Abbildung 14: Einstellungspfad MRA inkl. Start- und Zieldosen derzeit für HFrEF zugelassener Substanzen	27
Abbildung 15: Einstellungspfad Sacubitril/Valsartan inkl. Start- und Zieldosen	28
Abbildung 16: Einstellungspfad Ivabradin inkl. Start- und Zieldosen	29
Abbildung 17: CRT- und ICD-Algorithmus (primärprophylaktisch)	30

Abbildung 18: Optimierungsmaßnahmen	31
Abbildung 19: Medizinische Behandlungsziele	34
Abbildung 20: Erstdiagnose, Therapieempfehlung und Therapiestart	37
Abbildung 21: Kontinuierliche Betreuung	38
Abbildung 22: Einflussfaktoren der variablen patientinnen- bzw. patientenzentrierten Versorgungsstrategien	39

10.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptome und klinische Zeichen einer Herzinsuffizienz	7
Tabelle 2: Empfohlene Charakteristika und Komponenten von Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz	10
Tabelle 3: Arten von Primärversorgungsmodellen mit Vor- und Nachteilen	15
Tabelle 4: Parameter für die Definition eines hohen Risikos	18
Tabelle 5: Ursachen für eine Erhöhung der natriuretischen Peptide	20
Tabelle 6: Hohes vs. sehr hohes Risiko für Komplikationen	34

ANHANG A: FOLDER ‚CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ‘ (DIAGNOSE- UND BEHANDLUNGSPFAD)

Chronische Herzinsuffizienz

Diagnosepfad

Patientin/Patient mit Verdacht auf chronische Herzinsuffizienz (CHI)

Abschätzung der CHI-Wahrscheinlichkeit

1. Anamnese:

- KHK
- arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Exposition zu kardiotoxischen Substanzen/Strahlung
- Diuretika
- Orthopnoe
- paroxysmale nächtliche Dyspnoe

2. Körperliche Untersuchung:

- Rasselgeräusche
- beidseitige Knöchelödeme
- Herzgeräusche
- gestaute Halsvenen
- Verlagerung/Verbreiterung des Herzspitzenstoßes

3. EKG:

- jegliche Anomalie

≥ 1 zutreffend

Falls Bestimmung
natriuretisches
Peptid nicht möglich

Natriuretische Peptide:

- NT-proBNP ≥ 125 pg/mL
- BNP ≥ 35 pg/mL

NEIN

**Herzinsuffizienz
unwahrscheinlich**
andere Diagnosen
in Betracht ziehen

keines
zutreffend

≥ 1 zutreffend

JA

normal

Echokardiografie

Wenn Herzinsuffizienz bestätigt (basierend auf allen Daten):
Suche nach Ursachen und Beginn der geeigneten Behandlung

LVEF¹ < 40 %

Behandlungspfad HFrEF²
(siehe Überblick bzw. Folder-Innenseite)

LVEF 40–49 %

LVEF ≥ 50 %

PLUS mind. 1 zusätzliches Kriterium:

- a) Relevante strukturelle Herzerkrankung (LVH³ und/oder LAE⁴)
- b) Diastolische Dysfunktion

HFmrEF⁵

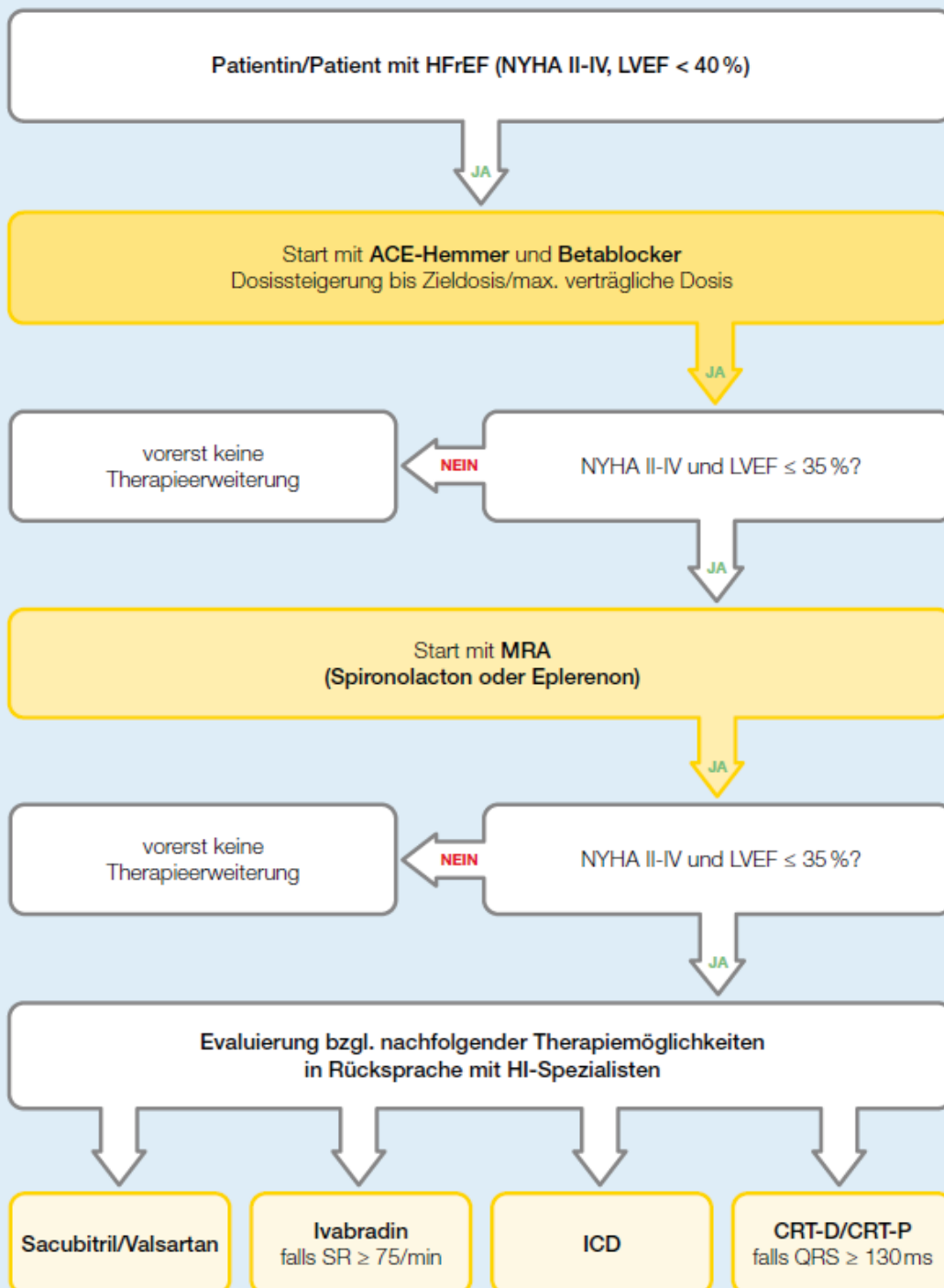
HFpEF⁶

Anmerkung: Dieser Folder
wurde in Anlehnung an die ESC-
Guidelines 2016 entwickelt.⁷

¹ LVEF – linksventrikuläre Auswurfaktion; ² HFrEF – Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfaktion; ³ LVH – linksventrikuläre Hypertrophie; ⁴ LAE – Vergrößerung des linken Vorhofs (linksventrikulärer Volumenindex [LAVI] > 34 ml/m²); ⁵ HFmrEF – Herzinsuffizienz mit mittelgradig reduzierter Auswurfaktion; ⁶ HFpEF – Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfaktion; ⁷ Ponikvarski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., et al. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) (Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC). European heart journal, 37 (27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>



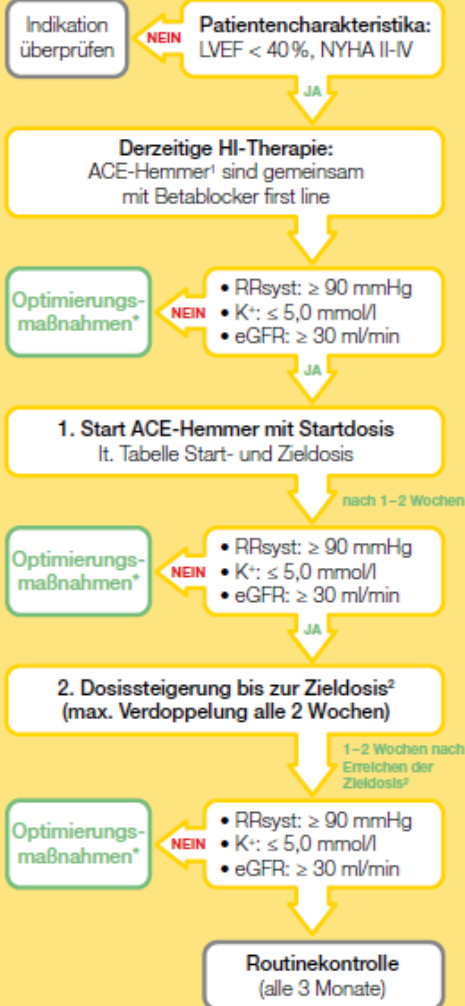
Behandlungspfad HFrEF Überblick



Einstellungspfade

ACE-Hemmer

Wesentliche Kontraindikationen:
Angioödem in Anamnese, bilaterale
Nierenarterienstenose, Schwangerschaft



ACE-Hemmer	Startdosis	Zieldosis
Enalapril	2,5 mg 2x1	20 mg 2x1
Lisinopril	2,5-5,0 mg 1x1	20 mg 2x1
Ramipril	2,5 mg 1x1	10 mg 1x1
ARB	Startdosis	Zieldosis
Candesartan	4 mg 2x1	16 mg 2x1
Valsartan	40 mg 2x1	160 mg 2x1

Betablocker

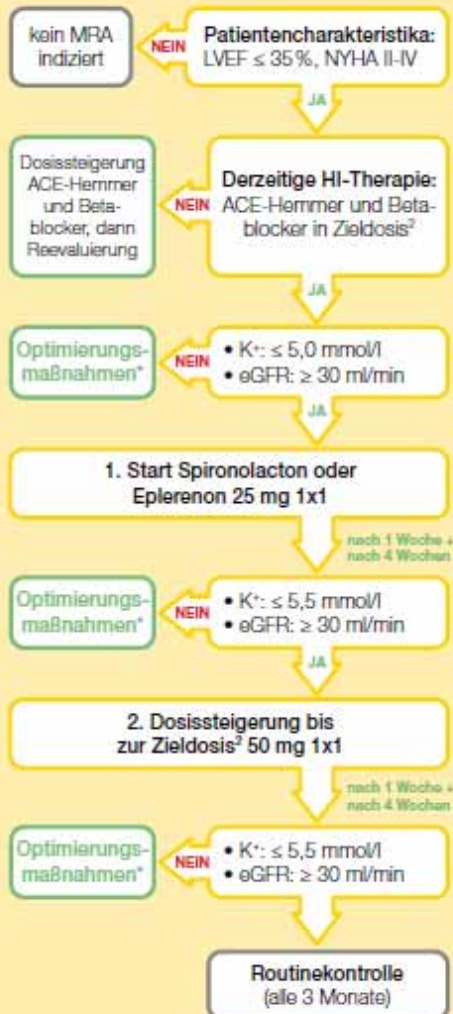
Wesentliche Kontraindikationen:
AV-Block Grad II oder III, kritische Beinischämie;
(Asthma = rel. KI; COPD ist KEINE KI!)



Betablocker	Startdosis	Zieldosis
Bisoprolol	1,25-2,5 mg 1x1	10 mg 1x1
Carvedilol	3,125-6,25 mg 2x1	50 mg 2x1 (bei < 85 kg: 25 mg 2x1)
Metoprololsuccinat (CR/XL) ³	12,5-25 mg 1x1	200 mg 1x1

MRA⁴

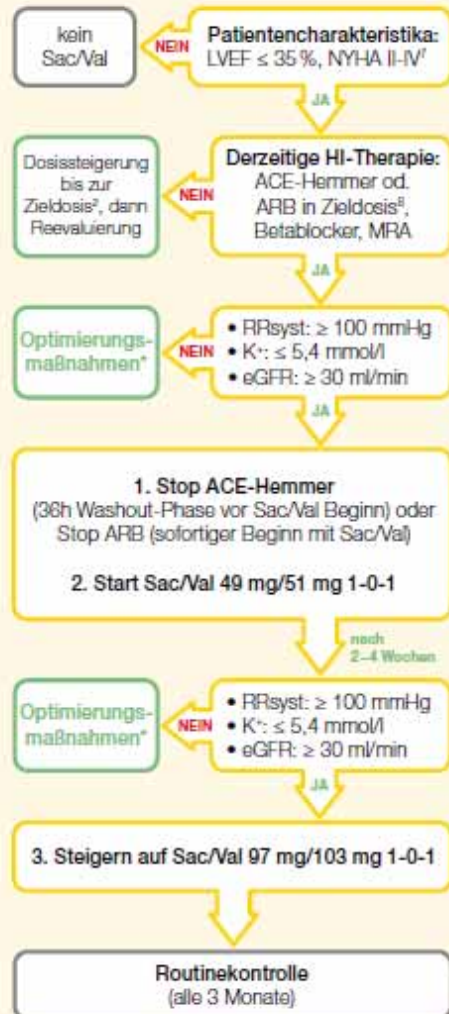
Wesentliche Kontraindikationen:
bekannte medikamentenspezifische
Unverträglichkeit



MRA	Startdosis	Zioldosis
Spironolacton	25 mg 1x1	50 mg 1x1
Eplerenon	25 mg 1x1	50 mg 1x1

Sacubitril/Valsartan (Sac/Val)

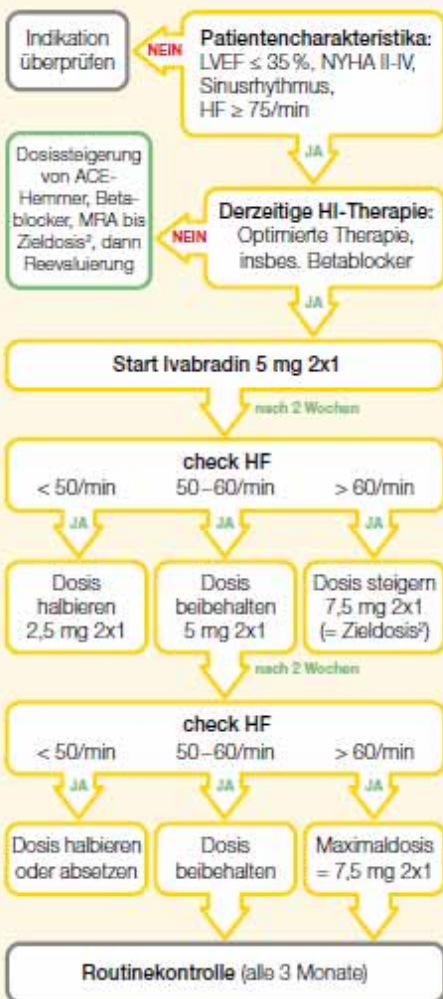
Wesentliche Kontraindikationen: Angioödem
in Anamnese, gleichzeitige Gabe von ACE-I⁵,
Aliskiren⁶, ARB, schwere Leberfunktionsstörungen



ARNI ⁹	Startdosis	Zioldosis
Sacubitril/Valsartan	49/51 mg 2x1	97/103 mg 2x1

Ivabradin

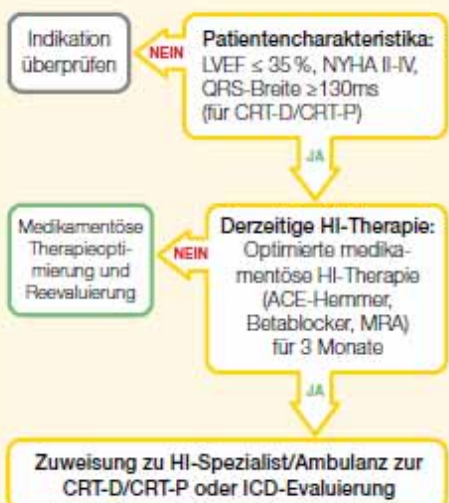
Wesentliche Kontraindikationen: schwere Leberfunktionsstörungen, GFR < 15ml/min, instabile kardiale Situation (ACS, Schlaganfall, schwere Hypotonie)



If-Kanal-Blocker	Startdosis	Zieldosis
Ivabradin	5 mg 2x1	7,5 mg 2x1

CRT-D/CRT-P und ICD (primärprophylaktisch)

Wesentliche Kontraindikationen:
für CRT-D/CRT-P: QRS-Breite < 130 ms
für ICD: Myokardinfarkt < 40 d, deutlich reduzierte Lebenserwartung aus nicht HI-Gründen



Medieninhaber und Herausgeber: Competence Center Integrierte Versorgung, c/o Wiener Gebietskrankenkasse
Redaktion: Competence Center Integrierte Versorgung, Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der ÖKG, 2. Auflage Dezember 2018. Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Herausgebers gestattet. Satz- und Druckfehler vorbehalten. Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe www.wgkk.at → Impressum



Herzinsuffizienz



Competence Center
Integrierte Versorgung

1 oder ARB falls ACE-Hemmer nicht vertragen; 2 oder max. toleranter Dosis;
3 Metoprololtartrat (z.B. Betoc) ist für Herzinsuffizienz nicht zugelassen;
4 MRA = Mineralokortikoid-Rezeptor Antagonist; 5 30h Washout-Phase;
6 Kombination nicht empfohlen, KI bei Diabetes mellitus oder eGFR
< 60ml/min/1,73m²; 7 zusätzl. Indikationsempfehlung in ESC Guidelines
2016: NT-proBNP ≥ 600 pg/ml (alternativ BNP > 150pg/ml); oder ≥ 400 pg/ml
(alternativ BNP > 100pg/ml), falls HI-Hospitalisierung in den letzten 12 Monaten;
8 mindestens 4 Wochen; 9 ARNI = Angiotensin-Rezeptor-Naphtylin-Inhibitor;
* Optimierungsmaßnahmen siehe Rückseite

Optimierungsmaßnahmen

RRsyst: < 90 mmHg oder
< 100 mmHg (Sac/Val)

Optimierung des Blutdruckes durch

- **Absetzen/Dosisreduktion von**
 - Diuretika
 - Vasodilatoren
 - anderen RR-senkenden Therapienin Erwägung ziehen
- Kochsalz- und Flüssigkeitsrestriktion **hinterfragen**
- Volumenmangel **beheben**

eGFR: < 30 ml/min

Optimierung der GFR durch

- **Absetzen/Dosisreduktion von**
 - Diuretika
 - NSARin Erwägung ziehen
- Kochsalz- und Flüssigkeitsrestriktion **hinterfragen**
- Volumenmangel **beheben**

K⁺: > 5,4 mmol/l (Sac/Val)
> 5,0 mmol/l (MRA)

Optimierung des Kaliumspiegels durch

- **Absetzen von** Kaliumsubstitution, Nahrungsergänzungsmittel, Salzersatz
- **Ausgleich** metaboler Azidose
- **Ausschluss** präanalytischer Laborfehler (Hämolyse?, Abnahmetechnik?)
- **Bevorzugung** kaliumarmer Kost
- **Vermeidung** kaliumreicher Kost

HF < 60/min

Optimierung der Herzfrequenz durch

- **Absetzen/Dosisreduktion von** Herzfrequenz-senkenden Medikamenten (z.B. Digitalis, Amlodaron, Diltiazem, Verapamil, Ivabradin) in Erwägung ziehen.
- **EKG-Kontrolle** (AV-Block?)

Bei mangelndem Erfolg der Optimierungsmaßnahmen:
Kontakt mit HI-Spezialist

Teil II

Empowerment



Fink, Sascha

Leitner, Klaus

Movia, Madlene

Amort, Frank Michael

FH JOANNEUM, 2020

Offenlegung:

Das Institut Gesundheitsmanagement im Tourismus der FH JOANNEUM Gesellschaft mbH wurde vom Competence Center Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung nach einem Konkurrenzierungsverfahren im Mai 2019 mit der Umsetzung dieses Projektes im Zeitraum Mai 2019 bis September 2020 beauftragt. Die Projektmitarbeiterinnen bzw. Projektmitarbeiter und Autorinnen bzw. Autoren dieses Berichtes verfügen über keinerlei Interessenkonflikte, die das Ergebnis dieses Vorhabens beeinflussen hätten können.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
HI	Herzinsuffizienz
MAXQDA	Software zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse
NYHA	New York Heart Association
ÖKG	Österreichische Kardiologische Gesellschaft
WHO	World Health Organisation

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	53
1. ZUSAMMENFASSUNG	56
2. HINTERGRUND	61
3. ZIELSETZUNG	64
4. FRAGESTELLUNG	64
5. METHODIK	65
6. ERGEBNISSE	76
6.1. Ergebnisse des strukturierten Reviews	76
6.2. Ergebnisse der semistrukturierten Interviews mit Menschen mit CHI	79
6.3. Ergebnisse der Expertinnen- bzw. Expertenbefragung	81
6.4. Summative Ergebnisdarstellung für die unterschiedlichen Settings	81
6.4.1. Stationäre Versorgung	82
6.4.2. Ambulante Versorgung	87
6.4.3. Rehabilitationskliniken	92
6.4.4. Primärversorgung	97
6.4.5. Häusliche Pflege	102
7. LIMITATIONEN	107
7.1. Strukturierter Literaturreview	107
7.2. Qualitative Interviews	108
7.3. Expertinnen- bzw. Expertenbefragung	108
8. EMPFEHLUNGEN	109
8.1. Empfehlungen für das Setting der stationären Versorgung	109
8.2. Empfehlung für das Setting der ambulanten Versorgung	110
8.3. Empfehlungen für das Setting der Rehabilitationskliniken	111
8.4. Empfehlungen für das Setting der Primärversorgung	112
8.5. Empfehlung für das Setting der häuslichen Pflege	113
8.6. Ergänzung/Hinweis	114

9. AWARENESS IN DER ALLGEMEIN BEVÖLKERUNG	116
10. VERZEICHNISSE	118
10.1. Literaturverzeichnis	118
10.2. Abbildungsverzeichnis	123
10.3. Tabellenverzeichnis	124
ANHANG A: INTERVIEWLEITFADEN	128
ANHANG B: EXPERTINNEN- BZW. EXPERTENBEFRAGUNG	135
ANHANG C: ERGEBNISSTABELLE DES STRUKTURIERTEN LITERATURREVIEWS	146

1. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund

Chronische Herzinsuffizienz (CHI) definiert sich dadurch, dass das menschliche Herz bei einer entsprechenden Erkrankung bei ausreichend venösem Blutangebot nicht dazu fähig ist, den Körper bzw. seine Organe mit genügend Sauerstoff zu versorgen. In den Industrienationen sind ein bis zwei Prozent der Erwachsenen von CHI betroffen – d.h. für Österreich können zwischen 70.000 und 140.000 Betroffene angenommen werden (Maggioni, 2015). Ziel des Projektes ‚Empowerment von Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz‘ war es, die publizierte Evidenz zu Maßnahmen der Steigerung des ‚Empowerments‘ (Gesundheitskompetenz, Adhärenz und Gesundheitswissen) sowie die subjektiven Bedürfnisse von Betroffenen und die Einschätzung zur Umsetzbarkeit durch Expertinnen bzw. Experten zu eben solchen Maßnahmen zu erheben. Darauf aufbauend sollen für fünf unterschiedliche Betreuungs-Settings (stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitationsklinik, Primärversorgung und häusliche Pflege) und allgemeine ‚Awareness‘-Aktivitäten zu CHI-Empfehlungen abgegeben werden.

Methode

Methodisch umfasst die vorliegende Arbeit drei inhaltlich miteinander verbundene Teile: Zuerst wurde auf Basis vorab festgelegter Suchbegriffe und definierter Inklusions- und Exklusionskriterien eine strukturierte Literatursuche durchgeführt. Literatur deutscher und englischer Sprache, veröffentlicht im Zeitraum 2009 bis 2020 wurde nach Evidenzbewertung analysiert. Um die Sicht der Patientinnen bzw. Patienten in die Arbeit zu integrieren, wurden im zweiten Schritt zwölf semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit sieben Frauen und fünf Männern in vorab definierten Settings in sechs Bundesländern durchgeführt, transkribiert und mit der Textanalyse-Software „MAXQDA“ (VERBI Software, 2019) ausgewertet. Inhaltlich lag der Fokus des Leitfadens auf den persönlichen Bedürfnissen, Interessen und bevorzugten Modalitäten der Betroffenen.

Der dritte Teil erfasste durch eine Onlineerhebung mit einem ‚Convenience Sample‘ die Perspektive von Expertinnen bzw. Experten medizinisch/therapeutisch relevanter Berufsgruppen. Dabei wurden die im ersten und zweiten Teil des Projektes erhobenen Maßnahmen mittels einer numerischen Skala von 1 bis 100 für alle Settings abgefragt. Diese Befragung gibt Auskunft darüber, wie relevant und praktikabel die jeweiligen Maßnahmen durch die Expertinnen bzw. Experten eingeschätzt werden.

Ergebnisse des Literaturreviews

Insgesamt wurden 1033 Referenzen aus den Datenbanken „PubMed“, „Mendeley“ und „Cinhal“ identifiziert und 24 Publikationen zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Durch die Auswertung dieser Dokumente wurden folgende elf Maßnahmen herausgearbeitet und in den Leitfaden für die nachfolgenden Interviews aufgenommen:

- Organisation von modularen Schulungen für Menschen mit CHI,
- Organisation eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI,
- Organisation von modularen Schulungen für Angehörige,
- Organisation eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige,
- Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI,
- Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie,

- Abhaltung von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI,
- Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz/für einen besseren Umgang mit dem Internet oder Apps,
- Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App um z.B. ein Patientinnen- bzw. Patiententagebuch zu führen oder um Informationsmaterialien zu verbreiten,
- Bereitstellung von Videos und Podcasts über digitale Medien für praktische Tipps im Umgang mit CHI und
- Organisieren von physischen Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI.

Diese Maßnahmen konnten von der publizierten Evidenz her zumeist auch spezifischen Settings zugeordnet werden. Zudem konnten zu priorisierende Wissensinhalte für diese unterschiedlichen Settings bzw. Teilpopulationen identifiziert werden. Dabei handelt es sich um Wissen über die Funktionsweise des Herzens, Basiswissen in Bezug auf CHI, Wissen über medikamentöse sowie nicht medikamentöse Therapien und pragmatisches Wissen zum Umgang mit CHI im Alltag. Theoretisches Wissen lässt sich durch Schulungen und Informationsmaterialien vor allem in klinischen Settings übermitteln. Für die ambulante Betreuung eignen sich pragmatische Inhalte zum richtigen Umgang mit einer CHI im Alltag und Tipps zu einem gesünderen Lebensstil, die sich besonders über Telemonitoring und Videokonferenzen vermitteln lassen. Langfristig eignen sich Web-, Video- und physische Interventionen als Hilfestellung zur Bewältigung des Alltags.

Ergebnisse der Patientinnen- bzw. Patienteninterviews

Die Befragung der Patientinnen bzw. Patienten zeigte den Verarbeitungsprozess der Diagnose und das Bedürfnis nach zwei weitere Maßnahmen, die zuvor nicht in der Literatur identifiziert wurden, auf:

- Organisation von Patientinnen- bzw. Patientengruppen/Selbsthilfegruppen und
- Bereitstellung von audiovisuellen Beiträgen über CHI, die über analoge Medien vermittelt werden.

Zudem gab die Befragung Aufschluss über die Interessen der Betroffenen im Themenfeld der CHI. Die inkludierten Themengebiete richteten sich dabei nach dem Positionspapier der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) und den nationalen Versorgungsleitlinien (BÄK, KBV & AWMF, 2019; Mörtl et al., 2017). Diese Leitlinien beinhalten grundlegendes Wissen über die Funktionsweise des Herzens, theoretisches Grundwissen über CHI, Wissen über medikamentöse und nicht medikamentöse Therapieformen, Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen sowie praktisches Wissen zum Umgang mit einer CHI im Alltag (Sexuelle Aktivität, Reisen, Freizeitverhalten etc.). Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen richteten sich nach dem zeitlichen Abstand zum Erhalt der Diagnose bzw. zu einem Operationstermin am Herzen. Zu Anfang stehen Ängste um den Verlust der Autonomie und Überforderungsgefühle im Vordergrund. Im weiteren Verlauf wird nach Informationen und Interventionen gesucht, um den Zustand zu verbessern und mit der Zeit verliert die CHI an Bedeutung und alltägliche Bedürfnisse treten in den Vordergrund.

Ergebnisse der Online-Erhebung

Die in ganz Österreich durchgeführte Online-Erhebung von 74 vollständig ausgefüllten Fragebögen ermöglichte es, ein differenziertes Bild auf die erhobenen Maßnahmen bezüglich deren Wichtigkeit und Machbarkeit in den relevanten Settings zu erhalten. Die Ergebnisse wurden pro Setting/pro Maßnahme in einer Zusammenschau mit der publizierten Evidenz und den Ergebnissen der Interviews tabellarisch dargestellt. Zusammengefasst können für die fünf Settings folgende Maßnahmen prioritär empfohlen werden:

- Im Rahmen der stationären Versorgung steht für die Betroffenen vor allem der direkte Austausch mit Medizinerinnen bzw. Medizinern und die individuelle Aufklärung über CHI im Fokus.
- Telemedizinische Interventionen und Apps sowie geführte Bewegungsinterventionen sind in der ambulanten Versorgung zu empfehlen. Menschen mit CHI benötigen in diesem Setting vor allem pragmatisches Wissen zur Selbstfürsorge, um mit ihrer Erkrankung im Alltag besser umgehen zu können.
- Für die Rehabilitationskliniken eignen sich strukturierte Schulungsprogramme mit einem breiten Maßnahmenpaket, um grundlegende Informationen über die CHI zu vermitteln und neue Inhalte im Alltag der Betroffenen zu integrieren.
- In Primärversorgungseinrichtungen sind geführte Bewegungseinheiten und mittelfristig der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App zu empfehlen. Inhaltlich sind vor allem Informationen zum Erhalt der Mobilität und Autonomie im Alter von Bedeutung.
- Im Setting der häuslichen Pflege lassen sich unterschiedliche Schulungsformen, geführte Bewegungseinheiten und mittelfristig der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App empfehlen. Die Betroffenen zeigten sich offen für neue Informationen, um langfristig gesund zu bleiben.

Für Awareness-Aktivitäten kann aus der Literaturbewertung primär abgeleitet werden, dass sich die Bedürfnisse der Risikogruppe vor allem auf die Dimensionen ‚Autonomie‘ und ‚Selbstbestimmtheit im Leben‘ mit der chronischen Erkrankung richten. Aus den Interviews lassen sich dafür zentrale Themen des Informationsbedarfes über eine CHI und gesundheitsförderndes Verhalten (z.B. körperliche Aktivität, Ernährung, Erkennen der körperlichen Belastungsgrenzen, Entspannungstechniken) ableiten. Diese sollten mittels audiovisuellen Interventionen und reflektorischen Berichten von Betroffenen vermittelt werden. Zusammenfassend sollten die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer also in die Lage gebracht werden, selbst aktiv für ihr Wohlbefinden tätig zu werden.

Diskussion

Empfehlungen für alle relevanten Betreuungssettings konnten aufgestellt und Ableitungen für ein Awareness-Programm für die Risikogruppe skizziert werden. Die Empfehlungen wurden mit priorisierenden Inhalten pro Setting in einer zusammenfassenden Tabelle dargestellt (Tabelle 1 bzw. 78). Es gilt festzuhalten, dass in der vorliegenden Arbeit sehr unterschiedliche methodische Zugänge und Evidenzformen trianguliert wurden. Jedwede abgeleitete Umsetzung wäre durch umfassende Begleit- und Evaluationsforschung zu verbinden.

Tabelle 1: Zusammenfassung der empfohlenen Inhalte und Maßnahmen

Zusammenfassung der empfohlenen Maßnahmen		
Setting	Empfohlene Maßnahmen	Empfohlene Inhalte
Stationäre Versorgung	• Organisation eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI und ihre Angehörigen • Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI, die mittelfristig durch den standardisierten Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App abgelöst wird	• Grundlegendes Hintergrundwissen einer CHI ◦ Funktionsweise des Herzens ◦ Ursachen, Beschwerden und Symptome einer CHI • Hintergrundwissen zu der verwendeten Medikation • Angstreduzierende Inhalte ◦ Patientenberichte ◦ Soziale Unterstützung ◦ Geistige Ablenkungen
Ambulante Versorgung	• Modulare Schulungen für Menschen mit CHI und Angehörige • Abgeschlossener Schulungstag für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Telemedizinische Interventionen und mittelfristiger Einsatz einer Patienten-App • Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI, die mittelfristig durch den standardisierten Einsatz einer Patienten-App abgelöst wird • Organisation von Interventionen in Hinblick auf die physische Gesundheit	• Gesundheitsschützende Verhaltensweisen im Alltag ◦ Anregung zum Einhalten der Trainingsempfehlungen ◦ Ernährungsempfehlungen • Selbstmanagement ◦ Dokumentation der Werte ◦ Warnzeichen • Umgang mit CHI im Alltag • Medikamentöse Therapie und Lebensstil

Zusammenfassung der empfohlenen Maßnahmen		
Setting	Empfohlene Maßnahmen	Empfohlene Inhalte
Rehabilitationsklinik	• Modulare Schulungen für Menschen mit CHI • Abgeschlossener Schulungstag für Menschen mit CHI • Einbeziehung der Angehörigen in diese genannten Schulungen • Modulare Schulungen für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Abgeschlossener Schulungstag für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz • Workshops zum Erlernen des richtigen Umgangs mit einer Patienten-App • Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI, die mit- telfristig durch den standardisierten Einsatz einer Patienten-App ab- gelöst wird • Audiovisuelle Beiträge für Menschen mit CHI • Interventionen zur physischen Gesundheit	• Wissen über die CHI (Ursache, Symptome, Verlauf etc.) • Nicht-Medikamentöse Therapie und Lebensstil • Medikamentöse Therapie • Invasive Therapie • Selbstmanagement • Sexuelle Aktivität • Reisen • Psychosoziale Aspekte • Spezielle Versorgungsformen • Hilfsangebote • Palliativversorgung • Wissen über einen gesunden Lebensstil
Primärversorgung	• Modulare Schulungen für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Abgeschlossener Schulungstag für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI, die mit- telfristig durch eine den standardisierten Einsatz einer Patienten- App abgelöst wird. • Interventionen zur physischen Gesundheit	• Gesundheitsschützende Verhaltensweisen im Alltag ◦ Bewegungsempfehlungen ◦ Ernährungsempfehlungen • Motivation zu einem gesunden Lebensstil fördern • Umgang mit CHI im Alltag • Wissen zum Erhalt der Autonomie und Mobilität im Alltag
Häusliche Pflege	• Modulare Schulungen für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Abgeschlossener Schulungstag für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Einsatz einer Patienten-App für Menschen mit CHI • Organisation von Interventionen zur physischen Gesundheit	• ‚Awareness‘ für eine erhöhte Sturzgefahr im Alltag schaffen • Wissen zum Erhalt der Autonomie und Mobilität im Alltag • Angebot sozialer Unterstützung • Körperliche und geistige Aktivität fördern

2. HINTERGRUND

Die in Österreich lebende Bevölkerung ist einem demographischen und epidemiologischen Wandel ausgesetzt. Die Lebenserwartung liegt mit 81 Jahren im EU-Durchschnitt. 47% der über 65-jährigen Menschen in Österreich geben an, wenigstens eine chronische Erkrankung zu haben und 17% melden Einschränkungen im Alltag (OECD & European observatory on health systems and policies, 2019). Mit der Weiterentwicklung von Behandlungsansätzen wird versucht, vor den sich verändernden Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem die Lebenszeit ohne Behinderung zu steigern und die Lebensqualität mit einer chronischen Erkrankung zu verbessern.

Zu den erwähnten chronischen Krankheitsbildern zählt auch die chronische Herzinsuffizienz (CHI). Im Verlauf dieser nimmt das Herz-Zeit-Volumen ab und es entsteht eine Belastungsdyspnoe bei körperlicher Belastung, die sich je nach Schweregrad zu einer persistierenden Symptomatik in Ruhe entwickeln kann. Die Ursachen für die Chronifizierung einer Herzschwäche reichen von myokardialen Veränderungen bis hin zu systemischen Veränderungen im Hormonhaushalt (z.B. Hyperthyreose). Demnach können koronare Herzkrankheiten, Kardiomyopathie, Hypertonie oder auch Herzklappenerkrankungen als Ursache für eine Herzinsuffizienz gesehen werden. Die unterschiedlichen Grunderkrankungen führen dabei zu einer Vielfalt an möglichen Symptomen – zu den häufigsten zählen Belastungsdyspnoe, Müdigkeit, Gewichtszunahme, Nachtschweiß und Beinödeme (Ancău, 2016; Kretz, Schäffer & Terboven, 2016; Larsen, 2016).

Die Klassifizierung der CHI erfolgt entweder nach der Leistungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten (NYHA – New York Heart Association) oder nach der Entstehung der Erkrankung (AHA – American Heart Association). Die Skala der NYHA reicht von I-IV, wobei die erste Stufe eine Herzerkrankung ohne körperliche Einschränkungen meint und keine übermäßigen körperlichen Belastungssymptome (z.B. Atemnot, Herzklopfen oder Erschöpfung) verursacht. Eine Klassifizierung der zweiten Stufe beschreibt leichte Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, jedoch ist in Stufe II und III noch von keinen Beschwerden in Ruhe auszugehen. Eine Herzerkrankung mit der Klassifikation NYHA III verursacht indes bei einer geringen körperlichen Belastung bereits übermäßige Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Atemnot oder Angina Pectoris. Die Patientin bzw. der Patient hat dadurch eine höhergradige Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit in Alltagssituationen. Stufe IV ist erreicht, wenn die Herzerkrankung Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten auslöst und diese bereits in Ruhe auftreten (Hoppe et al., 2005). Die Herzinsuffizienzklassifikation nach der AHA erfolgt nach dem Verlauf und der Entstehung der Erkrankung, wofür vier Stadien (A-D) definiert wurden. Stadium A identifiziert die Patientin bzw. den Patienten als Menschen mit einem hohen Risiko, an einer CHI zu erkranken, jedoch liegt im Moment der Diagnose keine strukturelle Herzerkrankung vor. Im Stadium B liegt bereits eine strukturelle Störung des Herzens vor, allerdings (noch) keine CHI-Symptomatik. Stadium C bezeichnet Symptome einer CHI, die in der Vergangenheit oder zum Zeitpunkt der Diagnose vorhanden waren. In Stadium D befindet sich die CHI bereits im Endstadium (Hunt et al., 2001).

In den Industrienationen sind etwa ein bis zwei Prozent der Erwachsenen von CHI betroffen. Für Österreich kann daher davon ausgegangen werden, dass zwischen 70.000 und 140.000 Personen an dieser Krankheit leiden. Die Prävalenz der Erkrankung nimmt dabei

mit höherem Alter zu, so sind in der Altersgruppe der über 70-Jährigen mehr als zehn Prozent von CHI-Prävalenz betroffen. In den letzten Jahrzehnten haben die Inzidenz und Prävalenz der CHI zudem allgemein zugenommen. Diese Zunahme basiert primär auf einer gesteigerten Lebenserwartung nach einem Myokardinfarkt und aufgrund von erhöhten Risikofaktoren wie arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus (Mörtl et al., 2017; Mosterd & Hoes, 2007).

Vor diesem Hintergrund wurde das CCIV damit beauftragt, ein Konzept für ein österreichweites Disease-Management für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI zu erstellen. Im Zuge dessen wurden Teilprojekte an externe Partnerinnen bzw. Partner übermittelt. Die FH JOANNEUM Gesellschaft mbH entwickelte so im Rahmen des Teilprojektes „Empowerment von Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz“ Empfehlungen zur Steigerung der Autonomie und Selbstbestimmtheit (d.h. zu den Inhalten, der Art und Durchführung von Maßnahmen) von Menschen mit CHI. Die Entwicklung dieser Empfehlungen erfolgte vor der grundlegenden Annahme, dass die Patientinnen bzw. Patienten in Österreich über verschiedene Settings betreut und erreicht werden könnten. Dazu gehören Spitäler und angeschlossene Ambulanzen, Primärversorgungseinheiten, Rehabilitationskliniken, ambulante Pflegeeinrichtungen sowie – bei Verfügbarkeit – auch Selbsthilfestrukturen.

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit standen des Weiteren vier Konzepte (Empowerment, Gesundheitskompetenz, Adhärenz und Gesundheitswissen), die sich gegenseitig beeinflussen und in dieser Arbeit synonym als Outcomes verwendet werden. Jeder dieser Zugänge ist für sich relevant, da jeweils spezifische Aspekte des Selbstmanagements eines Lebens mit CHI oder der Patientinnen- bzw. Patientenrolle hervorgehoben wird. Die angeführten Begriffe werden im Kontext der Steigerung des Empowerments (d.h. zur Steigerung der Autonomie und Selbstbestimmtheit) von Menschen mit CHI betrachtet:

„Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. (...) Empowerment beschreibt Prozesse von Einzelnen, Gruppen und Strukturen, die zu größerer gemeinschaftlicher Stärke und Handlungsfähigkeit führen. Durch den Empowermentansatz sollen Personen(-gruppen) dazu ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern“ (Brandes & Stark, 2016).

Menschen produzieren im Sinne dieses Ansatzes über autonome Gestaltungsmöglichkeiten ihre Lebensqualität. Jede und jeder einzelne Person entwickelt dabei Ressourcen und Kompetenzen, um eigenständige (die Gesundheit betreffende) Entscheidungen treffen zu können. Empowerment setzt dabei aber eine grundlegende individuelle Gesundheitskompetenz voraus:

„In dieser Perspektive wird heute unter Gesundheitskompetenz allgemein die Fähigkeit von Individuen verstanden, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln. Die Gesundheitskompetenz ermöglicht den Menschen, sich als Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem zurechtzufinden und präventive und therapeutische Empfehlungen umsetzen zu können. Die Förderung der Gesundheitskompetenz wird aus dieser Perspektive häufig mit verstärkter Compliance (Therapietreue) und verbesserten klinischen Ergebnissen begründet.

Dementsprechend wird dabei angestrebt, die Gesundheitskompetenz über verständliche Informationen und verbesserte Zugänge zu Informationen zu stärken“ (Abel, Sommerhalder & Bruhin, 2018).

Wesentlich für die Gesundheitskompetenz ist jedoch, dass es sich dabei um ein relationales Konzept handelt: Die individuelle Gesundheitskompetenz von Menschen hängt wesentlich davon ab, in wie weit diese durch das Gesundheitssystem unterstützt wird. Zentrale Elemente der individuellen Gesundheitskompetenz bilden das Finden, Verstehen und Bewerten von relevanten Informationen, um daraus persönliche Entscheidungen und autonome Gesundheitshandlungen ableiten zu können. Das Level an erreichbarer Gesundheitskompetenz hängt dabei vom Zusammenwirken persönlicher Fähigkeiten (z.B. Sprachkenntnisse, Lese- und Rechenfähigkeit) mit den Anforderungen ab, die eine bestimmte Situation (z.B. ein Ärztinnen- bzw. Arztgespräch) an diese Fähigkeiten stellt. Die Anpassung dieser Anforderungen an die Bedürfnisse der Patientinnen bzw. Patienten ist Aufgabe der sogenannten organisationalen Gesundheitskompetenz. Darunter wird verstanden, dass das Gesundheitssystem insgesamt und die zu diesem System gehörenden Organisationen relevante Gesundheitsinformationen leicht auffindbar und gut zugänglich, verständlich, bewertbar und handlungsorientiert anbieten (Dietscher & Peilkan, 2017).

In Österreich wird dieser Ansatz u.a. durch die „Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz“ unterstützt. Diese bietet Checklisten für eine organisationale Gesundheitskompetenz an, stellt Kriterien für die Gestaltung guter Gesundheitsinformationen bereit und hat Schulungsangebote für gute Gesprächsqualität in der Krankenbehandlung (vgl. oepgk.at).

Das ‚Aufeinander-Zu-Gehen‘ von Patientinnen bzw. Patienten, Organisationen und Medizinerinnen bzw. Mediziner mündet im Konzept der Adhärenz. Dieses gilt als Weiterentwicklung von ‚Compliance‘ (Englisch für ‚Zustimmung‘, ‚Einhaltung‘). Im medizinischen Sinne bezeichnet der Begriff ‚Compliance‘ die Therapietreue bzw. die Bereitschaft einer Patientin bzw. eines Patienten, den Anweisungen einer Ärztin bzw. eines Arztes zu folgen (z.B. durch die Einhaltung einer Diät oder der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten sowie die Durchführung von ärztlich verordneten Bewegungs- und Sporttherapien). Das weiterentwickelte Konzept der Adhärenz bezeichnet dahingegen, dass die Ärztin bzw. der Arzt auf die Wünsche und Bedürfnisse seiner Patientinnen bzw. Patienten eingeht und sich das Einverständnis dieser zur Empfehlung einholt. Die Verantwortung für einen Therapieerfolg liegt damit nicht nur bei der Patientin bzw. dem Patienten selbst, sondern auch bei der Ärztin bzw. dem Arzt (WHO, 2003).

Die drei bisher ausgeführten und für Public Health relevante Konzepte (Empowerment, Gesundheitskompetenz und Adhärenz) stehen mit dem grundsätzlichen Konzept des Gesundheitswissens in einem Wechselspiel. In Bezug auf die Autonomie und Selbstbestimmtheit steht vor allem das Wissen zur Selbstfürsorge (im weiteren Bericht als ‚pragmatisches Wissen zur Selbstfürsorge‘ bezeichnet) im Vordergrund. Darunter ist das Selbstmanagement der Erkrankung das Wissen, um ein gesundes Körpergewicht zu halten, der richtige Umgang mit Belastungssymptomen bei körperlichen Aktivitäten, Schutz vor Viren und Bakterien, der richtige Umgang mit Alkohol und Zigaretten und das Erkennen von psychischen Symptomen (Clark et al., 2014; Dickstein et al., 2008; Lainscak et al., 2011).

Um bei der Entwicklung von Empfehlungen auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit chronischer Herzschwäche bestmöglich eingehen zu können, wurden über unterschiedliche Erhebungspfade Maßnahmen gesucht, die patientinnen- bzw. patientenzentriert sind und spezifisch auf die Charakteristika der CHI eingehen. Solche Maßnahmen unterstreichen damit den Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass *„alle Menschen befähigt werden sollen, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen“* (WHO, 1986) – was letztlich umfassendes Empowerment bedeutet.

3. ZIELSETZUNG

Ziel dieses angewandten Forschungsprojektes ist es, Empfehlungen von geeigneten Maßnahmen zur Steigerung des Empowerments von Menschen mit CHI in den Settings ‚stationäre Versorgung‘, ‚ambulante Versorgung‘, ‚Rehabilitationsklinik‘, ‚Primärversorgung‘ und ‚häusliche Pflege‘ sowie Rahmenbedingungen für allgemeine Awareness zu identifizieren. Diese Ergebnisse sollen in weiterer Folge der Versorgungsverbesserung von Menschen mit CHI dienen. Dieser Nutzen soll sichergestellt werden, indem die Empfehlungen zentrale Elemente eines Konzeptes zum Empowerment für alle Betreuungssettings von Menschen mit CHI berücksichtigt werden.

4. FRAGESTELLUNG

Für dieses Forschungsprojekt wurden durch die ausführende Stelle in Übereinkunft mit der auftraggebenden Organisation folgende Forschungsfragen formuliert:

- Welche Maßnahmen gibt es, die zur Stärkung des Empowerment (der Gesundheitskompetenz, der Adhärenz und des pragmatischen Wissens zur Selbstfürsorge) im Rahmen eines Disease-Managements für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI geeignet sind und in welcher Ausgestaltung können diese evidenzbasiert, praxistauglich und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen umgesetzt werden?

Um die Aussagekraft und Gültigkeit der Ergebnisse zu erhöhen, wurde die Frage in drei sich ergänzenden Fragestellungen und Methoden in Teilanalysen unterteilt. Am Beginn stand dabei eine strukturierte Literatursuche mit folgender Fragestellung:

- Zu welchen Maßnahmen zur Steigerung des Empowerments (Gesundheitskompetenz, Adhärenz und des pragmatischen Wissens zur Selbstfürsorge) von Menschen mit CHI existiert publizierte Evidenz?

Mit dieser ersten Fragestellung sollte der Aspekt der Evidenz aufbereitet werden. In einem zweiten Schritt wurden dann die Bedürfnisse der betroffenen Menschen ins Zentrum des Interesses gerückt:

- Welche Wünsche und Bedürfnisse äußern Patientinnen bzw. Patienten zu Maßnahmen zur Steigerung des Empowerments (Gesundheitskompetenz, Adhärenz und des pragmatischen Wissens zur Selbstfürsorge)?

In einem abschließenden Teilschritt stand danach folgende an Expertinnen bzw. Experten gerichtete Frage im Mittelpunkt:

- Welche Maßnahmen halten Expertinnen bzw. Experten der unterschiedlichen Gesundheitsberufe für prioritär bzw. machbar?

Aus der Zusammenschau dieser Teilantworten ergibt sich die Grundlage für die ausformulierten Empfehlungen.

5. METHODIK

Das zu entwickelnde Konzept soll evidenzbasiert sein, auf die Bedürfnisse der betroffenen Menschen ebenso wie auf ihre objektiven Bedarfe Rücksicht nehmen und von Expertinnen bzw. Experten unterschiedlicher Berufsgruppen als praktikabel angesehen werden. Um dies zu erreichen, wurden von der FH JOANNEUM folgende Erhebungs- und Analyseschritte umgesetzt:

1. Strukturierter Literaturreview,
2. Qualitative Interviews mit einem semi-strukturierten Interviewleitfaden,
3. Quantitative Online-Erhebung mittels literaturbasiertem Fragebogen.

Der in einem ersten Arbeitsschritt durchgeführte strukturierte Review diente der Analyse dessen, zu welchen Maßnahmen des Empowerments bzw. der Steigerung der Gesundheitskompetenz und/oder Adhärenz in der wissenschaftlichen Literatur Evidenz vorliegt. Die Suchselektoren wurden dabei im ersten Schritt bewusst auf das Themenfeld ‚Herzinsuffizienz‘ allgemein ausgeweitet und nicht auf CHI begrenzt. Der Prozess der Literatursuche erfolgte in vier Schritten: Identifizierung, Überprüfung, Eignung, Inkludierung (Kunz, 2009). Die Recherchetätigkeit wurde in den wissenschaftlichen Datenbanken „PubMed“, „CINHAL“ und „Mendeley“ durchgeführt. Dabei wurde die Evidenzform der identifizierten Studien erhoben. In der nachstehenden Tabelle (Tabelle 2) ist die Klassifizierung der eingeschlossenen Studien, die nach dem Schema der Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR, 1992) und des Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN, 1996) die von Atkins et al. (2004) kombiniert wurden, beschrieben.

Tabelle 2: Darstellung der Bewertung, Gewichtung und Empfehlung von Literatur basierend auf Atkins et al. (2004)

Evidenzklassen	
Ia	Evidenz auf Basis von Metanalysen und kontrollierter, randomisierter Studien.
IIa	Evidenz auf Basis wenigstens einer kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
Ib	Evidenz auf Basis wenigstens einer kontrollierten und randomisierten Studie.
IIb	Evidenz auf Basis wenigstens einer quasi Experimentellen Studie.
III	Evidenz auf Basis wenigstens einer nicht experimentellen Studie z.B. Fall-Kontrollstudie.
IV	Evidenz auf Basis von Berichten, Konferenzbeiträgen oder Expertenmeinungen.
Gewichtung mittels Härtegraden	
A	Evidenzklasse Ia, Ib und direkt auf die Zielgruppe anwendbar.
B	Evidenzklasse IIa, IIb, direkt auf die Zielgruppe anwendbar und der Nachweis über die allgemeine Konsistenz der Ergebnisse ist erbracht.
C	Evidenzklasse III, IV.

Die erfasste Literatur wurde als PDF-Datei abgespeichert, um dem CCIV den Zugriff darauf zu ermöglichen. Die Ein- und Ausschlusskriterien, nach denen die gefundenen Studien geordnet behandelt wurden, sind in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 3) zu finden.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur Literatursuche

Kriterien	Einschluss	Ausschluss
Population	• Herzinsuffizienz • Alter > 18 Jahre	• Alter < 18 Jahre
Intervention(en)	Maßnahmen, die auf • Empowerment, • Adhärenz, • Gesundheitskompetenz, • pragmatisches Wissen zur Selbstfürsorge fokussieren	• Andere Maßnahmen
Ergebnisparameter	• Auswirkungen auf das Empowerment von Menschen mit CHI	
Publikationsjahr	• Zwischen 2009 und 2019 publiziert	• Vor dem Jahr 2009 publiziert
Sprache	• Deutsch • Englisch • Spanisch	• Diverse andere Fremdsprachen

Die Recherchetätigkeit wurde durch drei Projektmitarbeiterinnen bzw. Projektmitarbeiter von August 2019 bis November 2019 durchgeführt. Bei der identifizierten Literatur wurde jeweils die Evidenz-Stufe (siehe Tabelle 1) der Studien miterhoben. Die Literatur wurde mithilfe des Programms „Citavi“ (Swiss Academic Software) verwaltet und sinngemäß in folgende Punkte aufgegliedert: Autorin bzw. Autor, Jahr, Land, Intervention und Ergebnisse (siehe Anhang C).

In einem ersten Arbeitsschritt wurden 1033 (inkl. Handsuche) Referenzen identifiziert. Die Suchbegriffe inkl. aller relevanten Treffer wurden in einem Suchprotokoll (Tabelle 4) zusammengefasst.

Tabelle 4: Suchprotokoll der Literaturrecherche

Suchinstrument (Datenbank)	Sucheingabe (Suchbegriffe, Verknüpfungen, Einschränkungen)	Treffer	Relevante Treffer (entsprechend den Ein- und Ausschlusskriterien)
PubMed	empowerment "heart failure"	107	10
PubMed	heart failure AND empower AND intervention	27	1
PubMed	"patient empowerment" AND "heart failure"	19	2
PubMed	self-care AND "heart failure" AND intervention AND education AND well-being AND rct	7	6
PubMed	Heart failure AND *disease management programm* AND Education	73	2
PubMed	heart failure AND patient education AND well-being AND self-care AND quality of life	140	5
CINHAL	empowerment "heart failure"	3	2
CINHAL	heart failure AND empower AND intervention	21	2
CINHAL	patient empowerment AND heart failure	21	4
CINHAL	self-care AND "heart failure" AND intervention AND education AND well-being AND rct	0	0
CINHAL	heartfailure AND *disease management programm* AND Education	13	0
CINHAL	heart failure AND patient education AND well-being AND self-care AND quality of life	3	0
Mendeley	empowerment "heart failure"	164	9
Mendeley	heart failure AND empower AND intervention	206	5
Mendeley	"patient empowerment" AND "heart failure"	54	2
Mendeley	self-care AND "heart failure" AND intervention AND education AND well-being AND rct	0	0
Mendeley	heartfailure AND *disease management programm* AND Education	158	4
Mendeley	heart failure AND patient education AND well-being AND self-care AND quality of life	10	0

Nach der Eliminierung von Duplikaten verblieben 489 Studien. Anschließend wurden weitere 150 Duplikate sowie graue Literatur, die nicht den Einschlusskriterien entsprach, mittels Handsuche entfernt. Davon ausgehend wurden insgesamt 339 Abstracts gesichtet, 54 Veröffentlichungen einer Volltextanalyse unterzogen und letztlich 24 Publikationen als den definierten Einschlusskriterien entsprechend eingestuft (Abbildung 1).

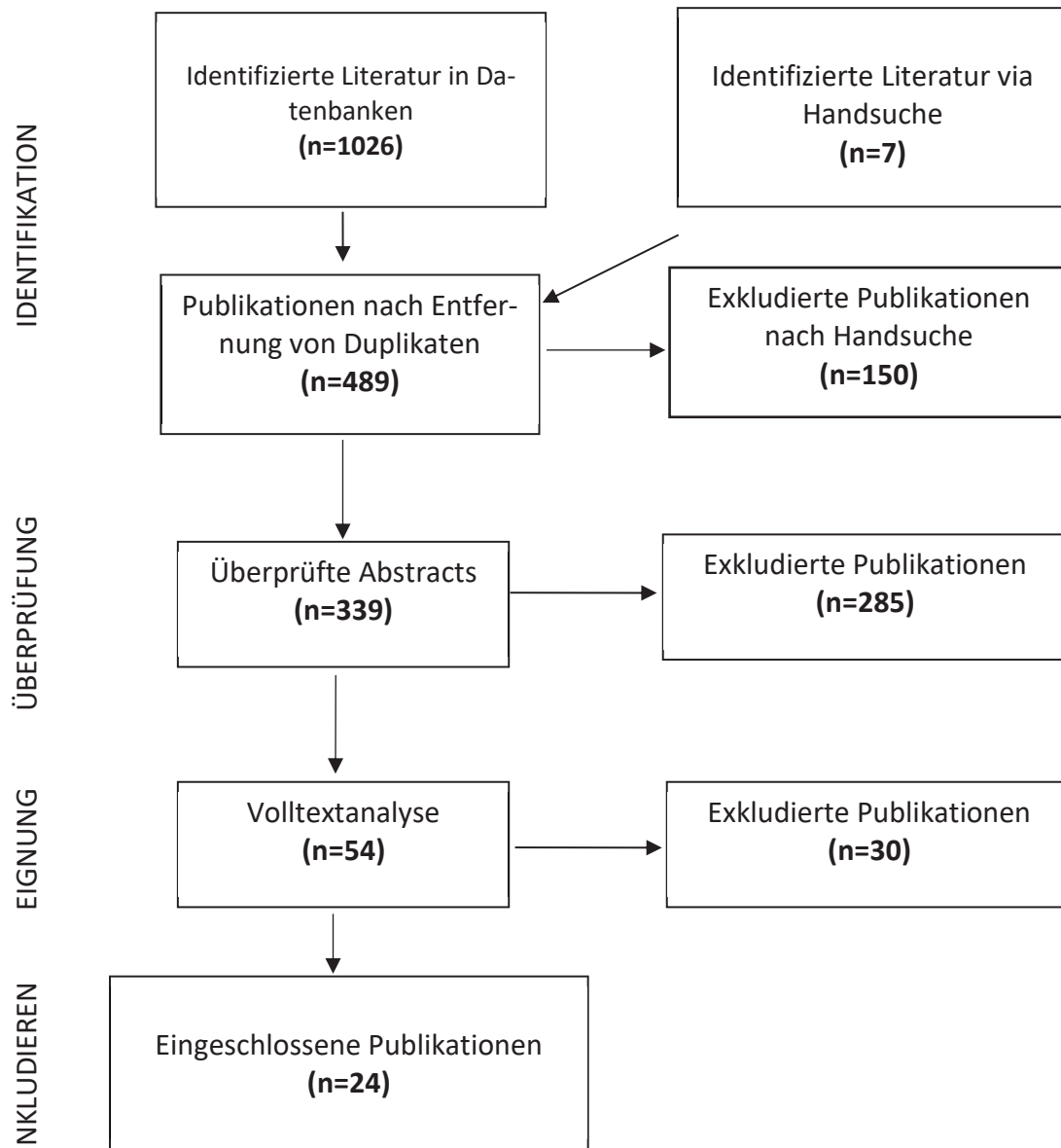


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Suchstrategie

In einem zweiten Arbeitsschritt wurden semi-strukturierte qualitative Interviews mit Menschen, die von CHI betroffen sind, geführt. Der semi-strukturierte Interview-Leitfaden (siehe Anhang A) wurde auf Basis der Ausschreibungsunterlagen des CCIV, den vorliegenden Ergebnissen der strukturierten Reviews (siehe Kapitel 6.1) sowie dem Austausch mit Expertinnen bzw. Experten im Zuge der Vernetzung des CCIV entwickelt und seitens der Auftrag erteilenden Stelle approbiert. In einem abschließenden Schritt wurde vor Beginn der Interviews ein Pre-Test mit einer Person im Setting der stationären Versorgung durchgeführt. Darauf aufbauend wurde der Leitfaden geringfügig adaptiert und für die Interviews von allen Projektpartnerinnen bzw. -partner freigegeben.

Strukturell wurde der Leitfaden in drei Teile gegliedert, wobei der erste Teil krankheitsbezogene, sozio-demographischen Daten und den persönlichen Zugang der Betroffenen zur Erkrankung erhebt. Im zweiten Teil stehen die Wünsche, Bedürfnisse und Interessen der Patientinnen bzw. Patienten im Fokus. Die CHI-bezogenen Themenbereiche wurden auf Basis der bestehenden Evidenz ausgewählt (BÄK et al., 2019; Boyde et al., 2009; Yancy et al., 2013) und das bestehende Interesse für die jeweiligen Themen wurde durch eine modifizierte ‚Likert-Skala‘ erhoben (Likert, 1932). Im dritten Teil stehen die Präferenzen bezüglich der Wissensvermittlung und die Einstellungen von Menschen mit CHI zu den im Literaturreview erhobenen Maßnahmen im Vordergrund.

Die Fragen des Leitfadens wurden offen gestellt und an das jeweilige Sprachniveau der Interviewpartnerinnen des Interviewpartners angepasst. Da es sich bei den Maßnahmen um Interventionen handelt, mit denen Menschen mit CHI teilweise noch keinen Kontakt hatten, wurden unbekannte Maßnahmen (z.B. Einsatzmöglichkeiten einer Patientinnen- bzw. Patienten-App, Telemedizin wie Telemonitoring und Teletherapie, Videos und Podcast) und deren Einsatzmöglichkeiten erläutert. Das Vorhaben wurde in Kooperation mit Univ. Prof. Dr. Mireille van Poppel bei der Ethikkommission der Karl-Franzens-Universität Graz auf seine ethische Vertretbarkeit geprüft und als unbedenklich erachtet.

Alle Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner waren selbst von CHI betroffen. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer erfolgte innerhalb der relevanten Settings (siehe Kapitel 2). Dafür wurden Organisationen innerhalb des Netzwerks des CCIV und relevante Organisationen in den unterschiedlichen Bundesländern gesucht, kontaktiert und um Hilfe gebeten. Die Patientinnen bzw. Patienten meldeten sich daraufhin auf eine mündliche oder schriftliche Einladung des jeweiligen Personals für die Interviews an. Dieser Vorgang garantiert eine freiwillige Teilnahme und die Wahrung des Datenschutzes. Die interviewenden Personen hatten keine direkte Einsicht in die Akten der Patientinnen bzw. Patienten solange für diese ihre Zustimmung nicht ausdrücklich erteilt wurde.

Insgesamt konnten zwölf Einzelinterviews in sechs Bundesländern (16% [2/12] Wien, 16% [2/12] Steiermark, 16% [2/12] Oberösterreich, 16% [2/12] Niederösterreich, 8% [1/12] Burgenland und 25% [3/12] Kärnten) durchgeführt werden. Schlussendlich erfolgten 8% (1/12) der Interviews im stationären Bereich, 41% (5/12) im ambulanten Spitalssetting, 8% (1/12) im Bereich der Rehabilitation, 33% (4/12) im Bereich der Primärversorgung und 8% (1/12) im privaten Umfeld über die ambulante Pflege. 58% (7/12) der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer waren weiblich und 25% (3/12) in den zu erwartenden höheren Altersgruppen von über 80 Jahren. Bei 33% (4/12) handelte es sich um Personen zwischen 71 und 80, 16% (2/12) zwischen 61 und 70 und bei 8% (1/12) um Person in der Kategorie 51-60 Jahre. 16% (2/12) der interviewten Patientinnen bzw. Patienten waren unter 50 Jahre alt.

In der Umfrage sind Patientinnen und Patienten aller vier Klassifizierungsstufen der NYHA-Skala vertreten. Laut persönlichen Angaben und der Einschätzung der interviewenden Personen sind 16% (2/12 Person) in Level I und 25% (3/12) in Level II der NYHA-Skala einzuordnen. 41% (5/12) erreichten Level III und 8% (2/12) wurden mit NYHA IV klassifiziert. Die Angaben wurden, soweit möglich, mittels Patientinnen- bzw. Patientenakten überprüft.

Alle Interviewpartnerinnen bzw. -partner sind in Österreich oder in europäischen Nachbarländern geboren und aufgewachsen. Laut Eigenbezeichnung sind aktuell 41% (5/12) im städtischen Umfeld wohnhaft, aber nur 25% (3/12) in diesem aufgewachsen. Das bedeutet, dass 75% (9/12) im ländlichen Raum aufgewachsen sind, wo aktuell 58% (7/12) wohnen.

Hinsichtlich des Bildungsgrades verfügen 33% (4/12) über eine Pflichtschulausbildung, 41% (5/12) über einen Lehrabschluss und 8% (1/12) über einen Meisterinnen- bzw. Meisterabschluss sowie 16% (2/12) über eine Hochschulausbildung. Die nachfolgenden Abbildungen (Abbildungen 2 bis 8) stellen die Studienpopulation der qualitativen Interviews dar.

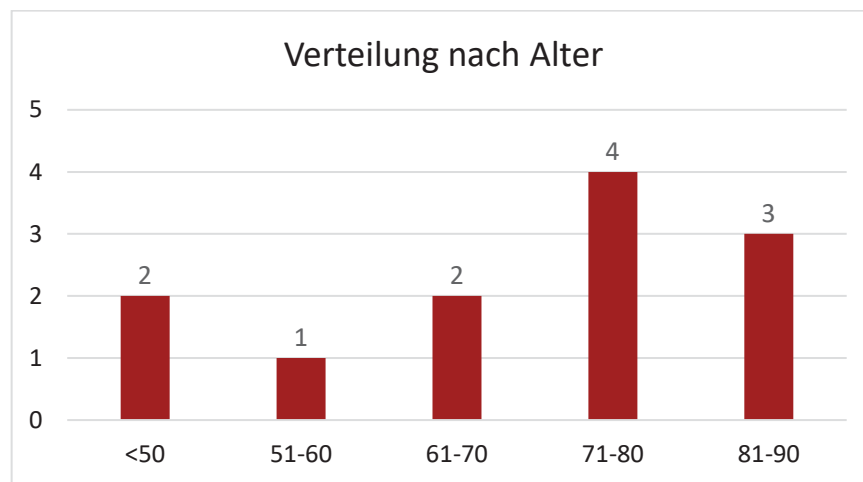


Abbildung 2: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Alter (N=12)

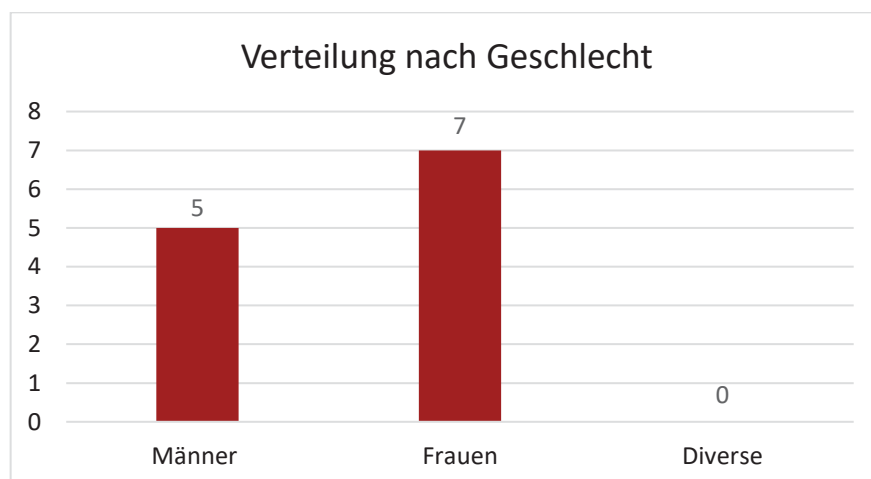


Abbildung 3: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Geschlecht (N=12)

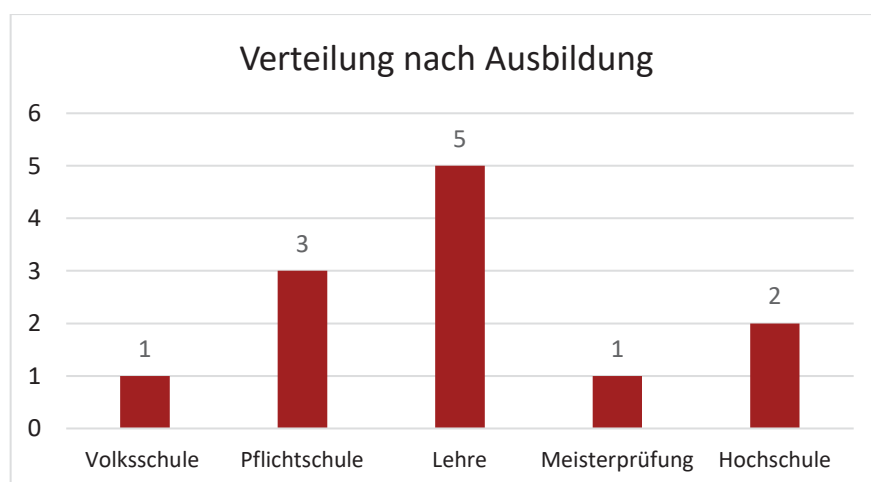


Abbildung 4: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Ausbildung (N=12)

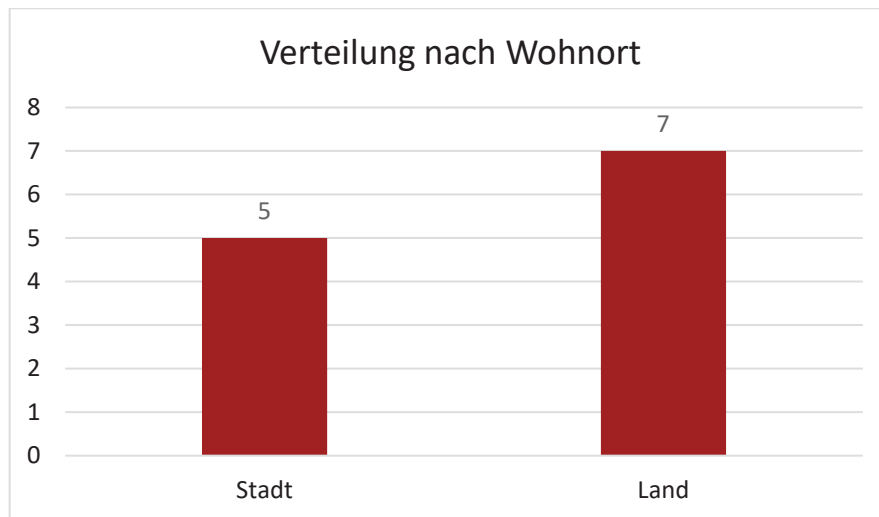


Abbildung 5: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Wohnort (N=12)

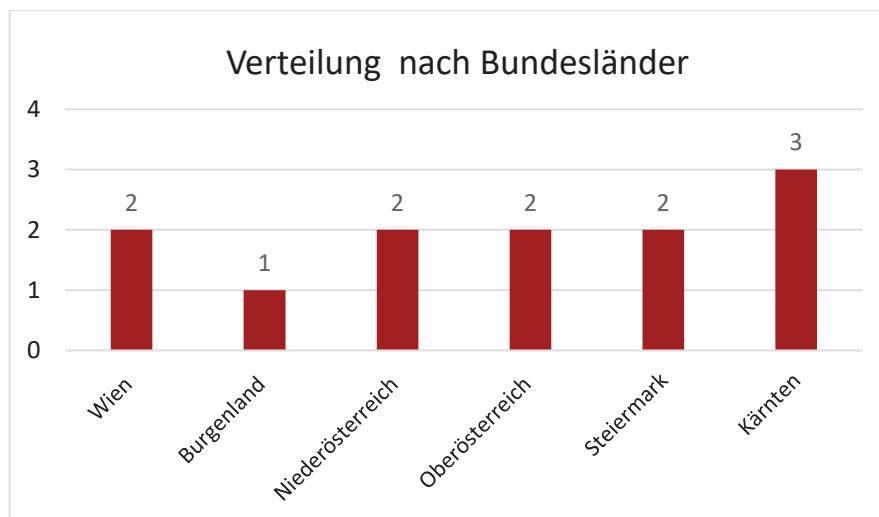


Abbildung 6: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Bundesland (N=12)

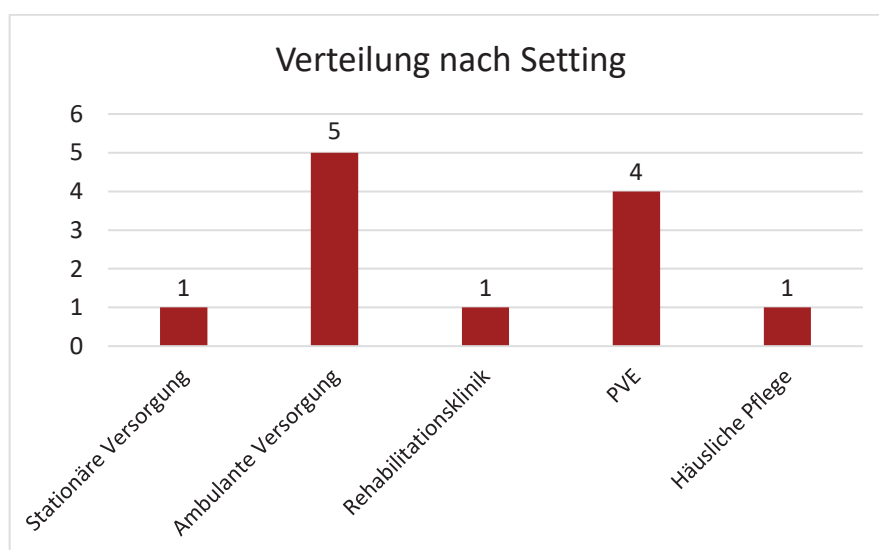


Abbildung 7: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Setting (N=12)

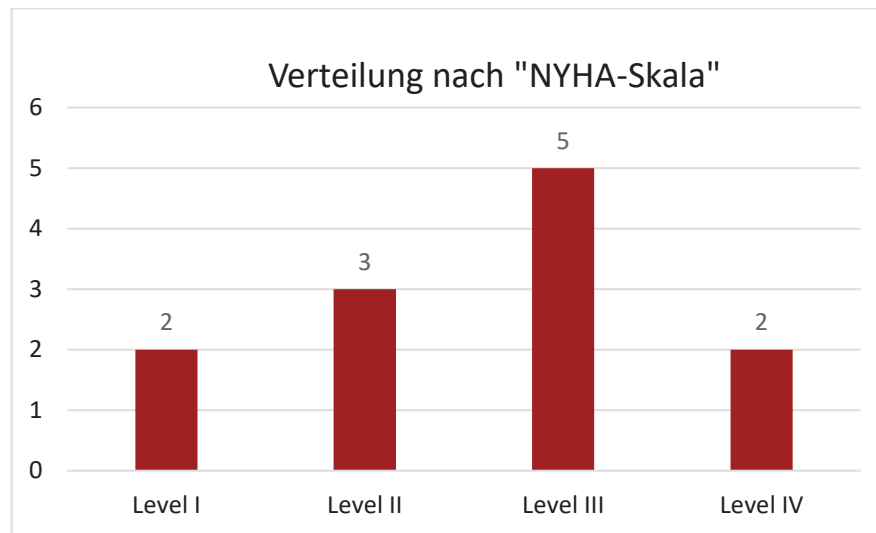


Abbildung 8: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach „NYHA-Skala“ (N=12)

Die Interviews wurden entsprechend den Vorgaben und Regelungen des Datenschutzes durchgeführt und transkribiert. Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte mittels einer Textanalyse-Software (VERBI Software, 2019) nach dem Schema von Mayring (Mayring, 2015). Dementsprechend wurden während der Analyse, passend zur Fragestellung, Kategorien synthetisiert, Paraphrasen gekürzt, Inhalte auf die Kategorien verteilt und anschließend in Richtung der Fragestellung interpretiert. Die Triangulation der Ergebnisse wurde durch die Auswertung der zwei Interviewer und einer dritten Person in iterativen Reflexionsgesprächen gewährleistet.

In einem dritten Schritt fand im Frühjahr 2020 eine Online-Erhebung mit Angehörigen medizinischer Berufe und medizinischer Assistenzberufe statt. Basis dieser Umfrage bildeten die identifizierten Maßnahmen aus der strukturierten Literatursuche (Kapitel 6.1) und Maßnahmen, die in der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews erhoben wurden (Kapitel 6.2). Dem Projektteam war bekannt, welche Maßnahmen wo identifiziert wurden und ob bzw. in welchem Setting bis Dezember 2019 Evidenz zur Verfügung stand. Der Fragebogen (siehe Anhang B) wurde mit Hilfe der Expertinnen bzw. Experten des CCIV erstellt und adaptiert. Neben den sozio-demographischen Daten wurden die Expertinnen bzw. Experten aus unterschiedlichen Berufsgruppen im medizinischen Kontext dahingehend befragt, wie wichtig sie diese Maßnahmen im österreichischen Kontext hielten und wie machbar sie diese einstufen würden. Diese Maßnahmen wurden pro Setting mittels einer numerischen Skala von 1 (nicht machbar bzw. unwichtig) bis 100 (machbar bzw. sehr wichtig) in den relevanten Settings abgefragt. Jede Teilnehmerin bzw. jeder Teilnehmer hatte die Möglichkeit, ihre bzw. seine Prävalenz für jedes Setting abzugeben. Dieses Vorgehen wurde vom CCIV unterstützt und schätzt die Expertise der befragten Personen für angrenzende Settings wert.

Die Umfrage wurde mit einem Open-Source-Programm erstellt (LimeSurvey GmbH, 2020) und war von 15.05.2020 bis 07.06.2020 freigeschaltet. Der Fragebogen wurde über das Netzwerk des CCIV, Online-Foren für Public Health und Primärversorgung sowie über folgende Berufsverbände und Organisationen versandt:

Österreichischer Herzverband, Berufsverband Österreichischer Internisten, Österreichischer Hausärzterverband, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Pensionsversicherungsanstalt, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Österreichische Pflegekonferenz, Dachverband Hospiz Österreich, Bundesverband Selbsthilfe Österreich, Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe, Physio Austria (Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs), Verband der Diätologen Österreichs, Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen, PHARMIG - Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge der Erzdiözese Wien.

Dabei wurden diese Kontakte bereits eine Woche vor Verteilung der Umfrage um Unterstützung gebeten und nach weiteren Interessentinnen bzw. Interessenten befragt. Diese offene Verteilungsweise des Fragebogens ermöglichte es auch Personen aus anderen Berufsgruppen und Tätigkeitsbereichen, an der Erhebung teilzunehmen. Auch bei diesem Teilerhebungsschritt wurden alle datenschutzrechtlichen Aspekte vorab geklärt.

Insgesamt haben 195 Personen an der Erhebung teilgenommen und davon 74 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer die Umfrage vollständig ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 37,95% entspricht. Aufgrund der hohen Anzahl an unvollständig ausgefüllten Fragebögen wurden für die Analyse nur vollständig ausgefüllte Fragebögen verwendet.

Die Beschreibung dieser Stichprobe hinsichtlich des Alters, Geschlechts, der Berufsjahre im Bundesland, des Settings und der Berufsgruppe ist in den nachstehenden Abbildungen (Abbildungen 9 bis 14) ablesbar. Es konnten Expertinnen bzw. Experten aus allen Bundesländern befragt werden, die Altersverteilung entsprach der zu erwartenden Verteilung in einer berufstätigen Population mit Erfahrung. 58% (43/74) von diesen waren weiblich, 35% (26/74) männlich, 1% (1/74) der befragten Personen bezeichnete sich als divers und 5% (4/74) enthielten sich bei dieser Frage einer Antwort. Im Durchschnitt hatten die befragten Personen 16,8 (+/- 11,6) Jahre berufliche Erfahrung mit Menschen mit CHI. Diese verteilten sich zu 24% (18/74) auf weniger als 5 Jahre, zu 17% (13/74) auf 6-10 Jahre, zu 12% (9/74) auf 11-15 Jahre, zu 9% (7/74) auf 16-20 Jahre, zu 12% (9/74) auf 21-25 Jahre, zu 10% (8/74) auf 26-30 Jahre und zu 13% (10/74) auf mehr als 30 Jahre Berufserfahrung. 28% der befragten Personen (21/74) stammen aus dem ambulanten Spitalssetting, 16% (12/74) aus dem Bereich der stationären Versorgung, 14% (11/74) aus der Primärversorgung, 8% (6/74) aus dem Bereich der Rehabilitation und 6% (5/74) aus dem Bereich der ambulanten Pflege. Das Feedback stammt zum überwiegenden Teil von Ärztinnen bzw. Ärzten – 35% (26/74) – und Gesundheits- bzw. Krankenpflegepersonal.

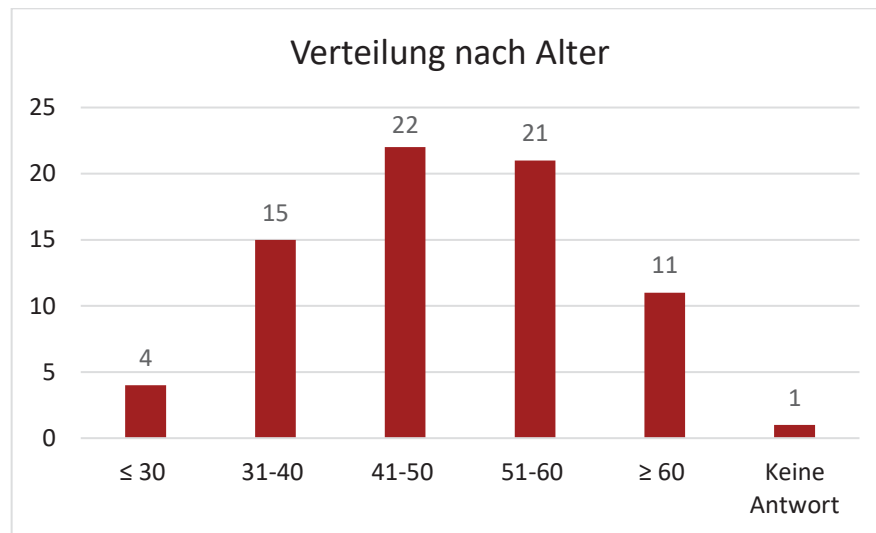


Abbildung 9: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Alter (N=74)

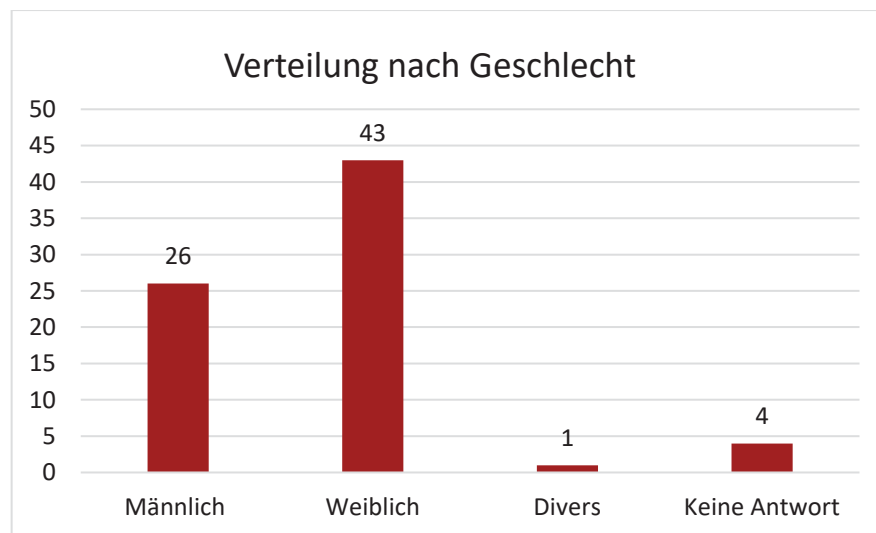


Abbildung 10: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Geschlecht (N=74)

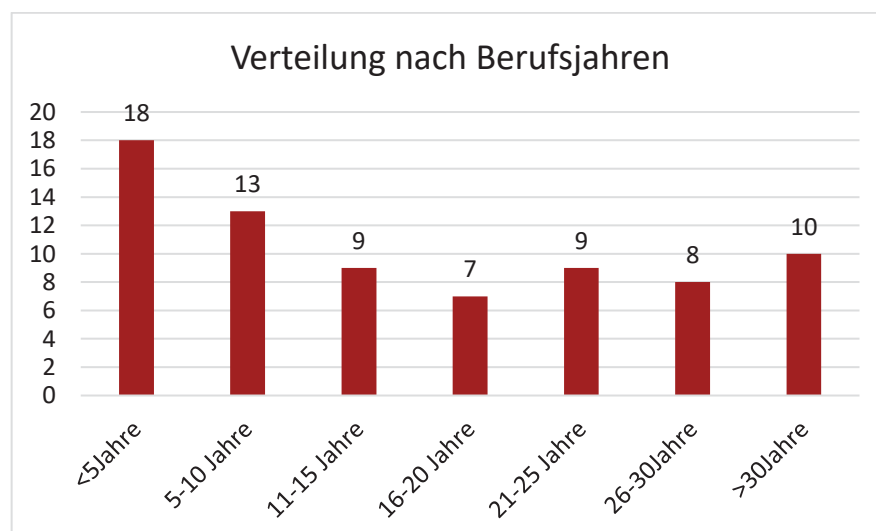


Abbildung 11: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Berufsjahren (N=74)

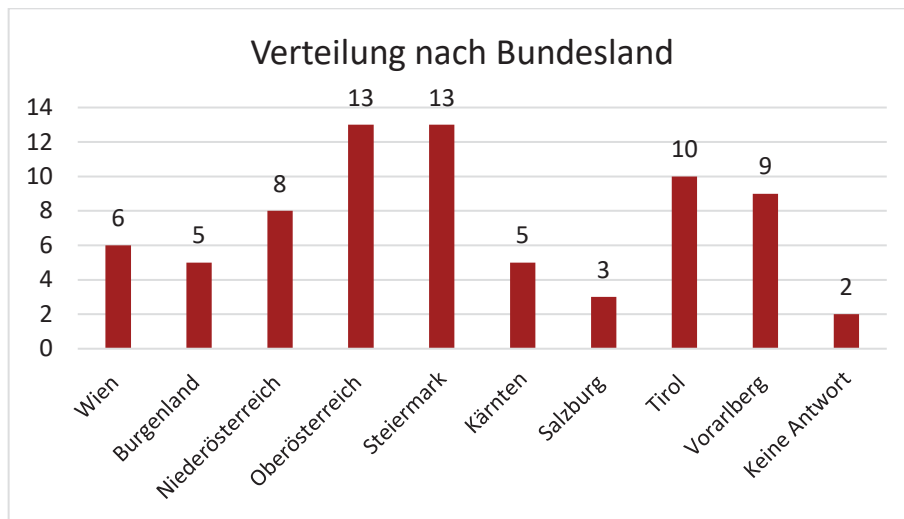


Abbildung 12: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Bundesland (N=74)

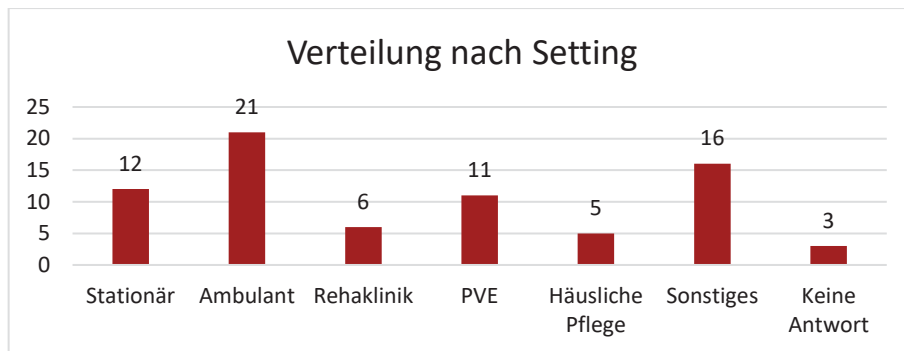


Abbildung 13: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Setting (N=74)

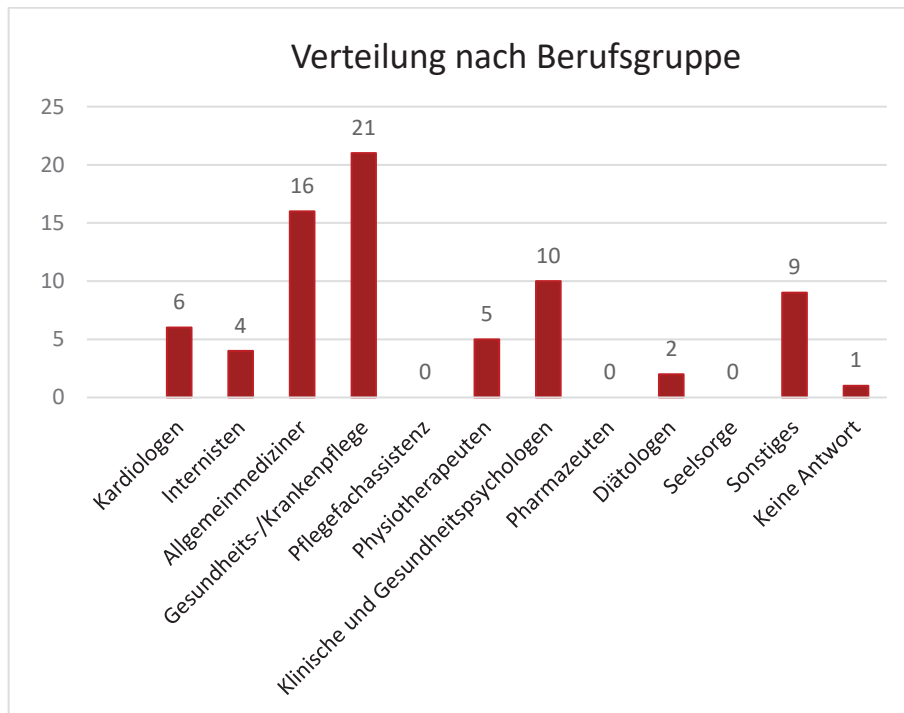


Abbildung 14: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Berufsgruppen (N=74)

6. ERGEBNISSE

Nachfolgend sind die Ergebnisse aller drei Erhebungsschritte ausführlich dargestellt.

6.1. Ergebnisse des strukturierten Reviews

Die Auflistung aller inkludierten Studien mit Spezifizierung des Studiendesigns bzw. der Evidenzstärke, Intervention und des Ergebnisses sind im Anhang angeführt. In der Auswertung der Evidenz wurde eine Überblicksdarstellung (Tabelle 5) erstellt, die den Bezug zwischen Setting, Population und Interventionen erfasst. Als Setting wurden Kliniken, Ambulanzen, Primärversorgungseinheiten und das Eigenheim angenommen. Als Population gelten die Bezugsgruppen der Angehörigen, der Gesundheitsfachkräfte und im Besonderen die CHI-Patientinnen bzw. CHI-Patienten selbst.

Tabelle 5: Übersichtsdarstellung zu Maßnahmen, Zielgruppen und Setting im Kontext von Maßnahmen zur Steigerung des Empowerments von Menschen mit CHI

	Stationäre Klinik	Ambulante Klinik	Primärversorgung	Eigenheim inkl. ambulante Pflege
CHI-Patienten	Patientenzentrierte Selbsthilfe (Casimir, Williams, Liang, Pitakmongkolkul & Slyer, 2014) Gesundheit und soziale Versorgung am Lebensende (Holmes et al., 2010) Palliativbezogene Ergebnisintervention (Kane et al., 2018) Dreiwöchiges Schulungsprogramm (Muschalla, Glatz & Karger, 2011) Familienzentrierte Schulung (Rakhshan, Kordshooli & Ghadakpoor, 2015) Schulungsbedürfnis von Patienten (Kristiansen et al., 2017) Tai-Chi-Programm (Yeh, Chan, Wayne & Conboy, 2016)	Webbasiertes System zur Selbstbehandlung (Zan et al., 2015) Telefonintervention zur Selbstfürsorge (Baker et al., 2011) Wirkung einer Telemedizinischen Intervention (Mizukawa et al., 2019) Telemedizinische Intervention zur Selbstfürsorge (Piette, Striplin, Marinec, Chen & Aikens, 2015) Telefonisch vermittelte Schulung im Therapieverlauf (Shearer, Cisar & Greenberg, 2007)	Selbstmanagement (Rush et al., 2018)	Dyadische Selbsthilfeeinsätze (Buck et al., 2018) Telemedizinlösungen (Cichosz, Udsen & Hejlesen, 2019) Telemedizinische Betreuung (Jaana, Sherrard & Paré, 2019) Webbasierte Interventionen (Samoocha, Bruinvels, Elbers, Anema & van der Beek, 2010) Fitnessspiele (Verheijden Klompstra, Jaarsma & Strömberg, 2014)
Angehörige	Familienzentrierte Schulung (Rakhshan et al., 2015)			Fitnessspiele (Verheijden Klompstra et al., 2014)
Fachkräfte	Involvierung und Gestaltung (Burke, Jones, Ho & Bekelman, 2014) Erweiterung des Berufsbildes (Ciccone et al., 2010)	Leitfaden für Kardiologen (Aspromonte et al., 2017)		

Die anhand der Literaturrecherche identifizierten Maßnahmen können in folgende Kategorien unterteilt werden: Patientinnen- bzw. Patientenedukation, Videointervention, telemedizinische Intervention inkl. Videokonferenzen, webbasierte Intervention und physische Interventionen.

75% (n=18/24) der gefundenen Studien in diesem Literaturreview sind patientinnen- bzw. patientenzentriert. Gemäß den Suchkriterien werden in diesen Studien die Indikatoren ‚Empowerment‘, ‚Gesundheitskompetenz‘ und ‚Adhärenz‘ der Patientinnen bzw. Patienten fokussiert. Nur wenige inkludieren pflegende Angehörige oder Menschen in Gesundheitsberufen als Zielgruppe. Zudem ist festzuhalten, dass für das Setting der Primärversorgung nur wenig Evidenz gefunden wurde, der überwiegende Zugang zu den Patientinnen bzw. Patienten erfolgte über den ambulanten und/oder stationären Bereich der Kliniken. Es wurden lediglich drei Studien identifiziert, die einen Bezug der gesuchten Indikatoren mit Gesundheitsberufen aufweisen. Diese Studien beschäftigen sich mit der Auswirkung einer gelungenen Kommunikation innerhalb des multiprofessionellen Teams und deren Umgang mit den Patientinnen bzw. Patienten in Hinblick auf die genannten Indikatoren. In den Studien wird darauf hingewiesen, dass eine gute Kommunikation im Team und mit den Patientinnen bzw. Patienten den Behandlungserfolg verbessern kann (Aspromonte et al., 2017; Burke et al., 2014; Ciccone et al., 2010). Ob es weitere Maßnahmen oder Möglichkeiten gibt, das Fachpersonal zu schulen, und in welche Richtung dies gehen soll, lässt sich anhand der gefundenen Studien nicht eindeutig klären.

Hinsichtlich der Integration von Angehörigen in Schulungsprogramme sind in den einzelnen Studien ermutigende Ergebnisse zu finden: z.B. verglichen Rakhshan et al. (2015) ein Schulungsprogramm mit Fokus auf den Lebensstil von Patientinnen bzw. Patienten mit Angehörigen und einer Kontrollgruppe, die ohne deren Angehörige an der Schulung teilnahmen. Bei einer Lebensstilbefragung (Health-Promoting Lifestyle Profile) von Walker and Pender (1987) in Bezug auf Gesundheit, Ernährung, Stress Management, Soziales und Spirituelles zeigte sich im Ergebnis eine vielversprechende Steigerung nach der Intervention. In einem strukturierten Literaturreview zum Thema der dyadischen Interventionen weisen Buck et al. (2018) darauf hin, dass ein Miteinbeziehen der Familie und Freunde eine positive Wirkung auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten haben kann. Weiters führen die Autoren an, dass die Studienlage zu dualen Ansätzen sehr breit gefächert ist und daher keine konkreten Vorschläge zulässt. Die gefundenen Studien mit webbasierten und telemedizinischen Interventionen wurden immer im Setting der ambulanten Versorgung durchgeführt (Albert, Buchsbaum & Li, 2007; Baker et al., 2011; Mizukawa et al., 2019; Piette et al., 2015; Shearer et al., 2007; Zan et al., 2015).

Medizinisch-telefonische Ansätze stellen hinsichtlich moderner Therapieformen ebenfalls einen nächsten Schritt in der Weiterentwicklung von Behandlungsformen dar, der im Umgang mit einer chronischen Erkrankung wie der Herzinsuffizienz sinnvoll scheint (Baker et al., 2011; Cichosz et al., 2019; Mizukawa et al., 2019; Piette et al., 2015; Shearer et al., 2007). Am Publikationsjahr der einzelnen Studien lässt sich erkennen, dass bereits 2007 erste telemedizinische Interventionen durchgeführt wurden und bereits 2010 eine strukturierte Literaturanalyse zu webbasierten Interventionen von Samoocha et al. (2010) durchgeführt wurde. Dabei lag der Fokus auf der Verwendung von Online-Videos und Online-Meetings. Das Ergebnis zeigt eine positive Auswirkung von webbasierten Interventionen auf das Empowerment von Menschen mit CHI gemessen mit der Diabetes-Empowerment-Skala, Selbstwirksamkeitsskalen und der Pearlin-Mastery-Skala. Allerdings ist anzumerken, dass die klinische Relevanz der Ergebnisse aufgrund der geringen Evidenz und Qualität der

untersuchten Studien zu hinterfragen ist. Eine weitere Möglichkeit webbasierter Maßnahmen wurde von Zan et al. (2015) im Zuge einer Pilotstudie mit Menschen mit CHI durchgeführt. Die Intervention beinhaltete den Gebrauch einer Web-Plattform, zu der die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer über ein zur Verfügung gestelltes Ipad Zugang erhielten und dort ihre Werte (Blutdruck, Gewicht und Herzfrequenz) eintrugen. Weiters erhielten die Betroffenen über die Plattform die Möglichkeit zur Kommunikation mit medizinischem Personal und tägliche Erinnerungen (z.B. 30 min zu gehen, Medikamenteneinnahmen, etc.). Die Werte wurden von den behandelten Ärztinnen bzw. Ärzten beobachtet und die Betroffenen erhielten einen Alarm, wenn bis zu einer selbstgewählten Uhrzeit keine Werte eingetragen wurden. Für die Studie wurden die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer vor und nach der Intervention zu ihrer sozialen Gesundheit (emotionale, informative, instrumentale soziale Unterstützung), Lebensqualität (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) und psychischen Gesundheit (8-Item Patient Health Questionnaire) befragt. Die Ergebnisse zeigten eine hohe Zufriedenheit mit der Einfachheit der Web-Plattform, die überwiegende Mehrheit erzielte danach eine höhere wahrgenommene soziale Unterstützung und mehr Selbstvertrauen in der Durchführung der eigenen Pflegetätigkeiten. 90% der Befragten waren der Meinung, dass das System Ihnen geholfen habe, die eigene Gesundheit zu reflektieren. Die gemessene Lebensqualität zeigte im Anschluss an die Intervention keine signifikante Veränderung auf (Zan et al., 2015).

Die letzte genannte Interventionsmöglichkeit stellen physische Interventionen zur Steigerung des Empowerments von Menschen mit CHI dar. In der Literatur sind diese vielfältig und reichen von Fitnessspielen über Atemmuskeltraining bis hin zu Tai-Chi-Interventionen. Bei der Untersuchung von Verheijden Klompstra et al. (2014) mit spielerischen Interventionen zeigten die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer ein verbessertes Gleichgewicht und berichteten von einer verbesserten kognitiven Funktion. Depressive Symptome nahmen ab und die Menschen berichteten von einer verbesserten Lebensqualität und Autonomie. Ebenfalls im sportlichen Sektor versuchten Yeh et al. (2016) der Frage nachzugehen, ob eine zwölf wöchige Tai-Chi-Intervention einen Effekt auf physiologische und psychologische Parameter (soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, Ernährung) von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz haben kann. Die untersuchten Personen gaben nach der Intervention an, ein stärkeres Gefühl von Empowerment sowie ein Gefühl der wiedererlangten Kontrolle über sich selbst zu haben.

Von den beschriebenen Ergebnissen lassen sich unterschiedliche Maßnahmen (Tabelle 6) für die Wissensvermittlung ableiten.

Tabelle 6: Maßnahmen zur Wissensvermittlung im medizinischen Kontext aus der Literatur

Maßnahmen zur Wissensvermittlung aus der Literatur
Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI
Zusammenhängende Schulung, die von Experten geführt wird. Die Inhalte werden an mehreren Terminen an Patienten vermittelt.
Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI
Schulungsform, bei der die Inhalte an einem Termin von Experten präsentiert und an Patienten weitergegeben werden (z.B. Vortrag, Ein-Tages-Workshop, ...).
Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige
Zusammenhängende Schulung, die von Experten geführt wird. Die Inhalte werden an mehreren Terminen an Patienten und deren Angehörigen verteilt.
Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige
Schulungsform, bei der die Inhalte an einem Termin von Experten präsentiert und an die Patienten und deren Angehörigen weitergegeben werden.
Bereitstellen von Printmaterialien für Menschen mit CHI
Printmaterialien, die sich mit dem Thema der CHI auseinandersetzen.
Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie
Interventionen zur Überwachung der medizinischen Parameter (z.B. Herzfrequenz) im Alltag von Patienten und der Einhaltung von strukturierten Trainingsinterventionen.
Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI
Persönliche Gespräche zwischen Patienten mit medizinischem Fachpersonal über eine Internetverbindung.
Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz/für einen besseren Umgang mit dem Internet oder einer Patienten-App
Maßnahmen, die die Gesundheitskompetenz steigern und den Umgang mit dem Internet erleichtern.
Einsatz einer Patienten-App für Menschen mit CHI, um z.B. ein Patiententagebuch zu führen oder um Informationsmaterialien zu verbreiten
Einsatz einer Patienten-App als Medium für Schulungsprogramme, Videos und Podcasts, Artikel über CHI, Patiententagebuch, telemedizinische Interventionen.
Bereitstellen von Videos & Podcasts für praktische Tipps im Umgang mit CHI
Patientenzentrierte Schulungsinhalte, die über eine Online-Plattform bzw. digitale Medien zur Verfügung gestellt werden.
Organisieren von physischen Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI
Gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme, die das physische, psychische und soziale Wohlbefinden fokussieren.

6.2. Ergebnisse der semistrukturierten Interviews mit Menschen mit CHI

In sechs Bundesländern wurden in Summe zwölf Interviews in den relevanten Settings (stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitationsklinik, Primärversorgung und häusliche Pflege) durchgeführt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 28 und 45 Minuten. Die Auswertung der Ergebnisse ergab einen gleichförmigen Verlauf im Umgang mit einer CHI – sowohl bei Menschen mit CHI, die erst ein bis drei Monate vor dem Interview diagnostiziert wurden oder die kurz vor einer Operation (OP) am Herzen standen als auch Patientinnen bzw. Patienten, die gerade eine OP am Herzen hinter sich hatten bzw. deren Diagnose max. zwölf Monate zurück lag hin zu Betroffenen, bei denen die Diagnose bzw. eine OP am Herzen bereits mehr als ein Jahr zurücklag. Erstere berichteten häufig von Lebensängsten oder Angst vor einem Verlust der Autonomie und drückten in ihren Aussagen

Verunsicherung aus. In dieser Kategorie fielen Sätze wie *„Am Anfang war ich mir nicht sicher, ob ich eine Chance hatte, zu überleben“* (P 3.1), *„Ich sehe Angst als eines der größten Hindernisse“* (P2.5) und *„Am Anfang war ich schon ziemlich unsicher“* (P. 4.4). Bei Fragen über die Freizeitgestaltung verwiesen die Menschen vor allem konkret auf Tätigkeiten, die ihnen in der Freizeit wichtig und trotz der Erkrankung machbar erschienen. Dabei legten sie Wert darauf, dass diese Verhaltensweisen eine positive Auswirkung auf ihre Gesundheit und den Verlauf der Erkrankung haben bzw. ihre Autonomie schützen kann. Die Frage, was sie dafür benötigen würden, um die Erkrankung bewältigen zu können, wurde von diesen Personen mit der Bitte um Unterstützung und Ansprechpersonen beantwortet: *„Ich hätte gerne jemanden, der mich im Alltag unterstützt, oder jemanden, bei dem ich mich melden kann, wenn ich nicht weiß, was ich machen kann oder Fragen habe“* (P 2.2) oder *„Ich bräuchte eine Putzfrau, (...)“* (P2.1).

Menschen mit CHI, die eine Operation zum Zeitpunkt des Interviews gerade hinter sich hatten bzw. bei denen die Diagnose max. zwölf Monate zurück lag, beschäftigten sich mit konkreten Fragestellungen: *„Für mich war am wichtigsten, wie die Operation verlaufen wird, ob die eingesetzte Klappe organisch oder mechanisch ist“* (P 2.3), oder *„Ich würde gerne verstehen, unter welchen Umständen ich welche Symptome habe und was ich dagegen tun kann.“* (P 2.2). Konkrete Fragen nach einem Bedürfnis oder was sie in diesem Moment benötigen würden, wurden u.a. mit *„Mir geht es einwandfrei, ich habe gar keine Probleme mehr“* (P2.3) oder Ähnlichem beantwortet. Die Betroffenen berichteten zudem, dass sie sich Wissen durch Gespräche mit den behandelten Ärztinnen bzw. Ärzten, Selbstrecherche, Schulungen, Broschüren oder Ähnlichem aneigneten. Es zeigte sich, dass die interviewten Personen, je mehr theoretisches und pragmatisches Wissen zur Selbstfürsorge erhielten, die Erkrankung eher akzeptieren konnten. Diejenigen, die einen sehr direkten Zugang zu medizinischem Fachpersonal (u.a. in der engeren Familie) hatten, zeigten einen überaus pragmatischen und bewussten Zugang zu ihrer körperlichen Situation: *„Klar muss ich mich symptomatisch abchecken lassen, man muss ja da irgendwie wieder raus kommen“* (P4.3).

Die Gruppe der oben zuletzt genannten konnten sich bereits länger mit Ihrer Situation auseinander setzen, da die Diagnose zum Zeitpunkt des Interviews bereits mehr als ein Jahr zurück lag. Diejenigen gaben häufig an, dass sie sich nicht mehr mit ihrer CHI beschäftigen würden bzw. andere Lebensumstände akuter oder präsenter waren: *„Die Herzinsuffizienz kam im Laufe der Zeit einfach dazu. Die ist einfach da und ich beschäftige mich damit nicht“* (P. 4.2), *„Ich habe leider keine Zeit, mich mit irgendetwas anderem zu beschäftigen, da (eine nahe Person) nicht alleine sein kann“* (P. 4.1) oder *„Das Einzige, was sich seit der Erkrankung geändert hat ist, dass ich zwei Mal täglich Medikamente nehme und für 20 Minuten Rad fahre“* (P. 4.4). Diese Menschen formulierten auf die Frage nach dem aktuell größten Problem eher allgemeine Bedürfnisse, die von Sorgen um die Familie über finanzielle Sorgen bis hin zu Angst um einen Verlust der Autonomie im Alter reichten.

Zusammengefasst ist ein Verlauf des psychosozialen Zugangs und damit im Umgang mit dieser Erkrankung ausgehend vom Zeitpunkt der Diagnose sichtbar. Die formulierten Bedürfnisse und Wünsche richteten sich ebenfalls nach diesem Verlauf und der aktuellen Lebenssituation. Bei Erhalt der Diagnose wurde die Erkrankung bei den Befragten als akut dominierend und eventuell bedrohend wahrgenommen. Im weiteren Verlauf und mit zusätzlichem pragmatischem Wissen zur Selbstfürsorge über das Leben mit einer CHI wurde diese Erkrankung jedoch handhabbar und als chronisch integriert empfunden. Dieser Verlauf des psychosozialen Zugangs zu der Erkrankung lässt sich auch durch die Literatur bestätigen und floss in die Empfehlungen (Kapitel 8) mit ein.

Zusätzlich zu den in Kapitel 6.1 beschriebenen Maßnahmen wurden noch zwei weitere, nämlich das Organisieren von Patientinnen- bzw. Patientengruppen/Selbsthilfegruppen und das Bereitstellen von TV-Dokumentationen über CHI, über die qualitativen Interviews erhoben und der Expertinnen- bzw. Expertenbefragung hinzugefügt (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Maßnahmen zur Wissensvermittlung im medizinischen Kontext aus den qualitativen Interviews

Maßnahmen zur Wissensvermittlung im medizinischen Kontext aus den qualitativen Interviews
Organisieren von Patientinnen- bzw. Patientengruppen/Selbsthilfegruppen
Gruppen, in denen sich die Mitglieder untereinander über die Erfahrung des Lebens mit CHI und den Umgang im Alltag mit dieser Erkrankung austauschen.
Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über CHI
Bereitstellen von Informationen zum Thema CHI über analoge Medien (z.B. Fernsehen und Radio).

6.3. Ergebnisse der Expertinnen- bzw. Expertenbefragung

Die quantitative Erhebung beantwortet die Frage nach der Wichtigkeit und Machbarkeit der ausgewählten Maßnahmen in den unterschiedlichen Settings. Die Ergebnisse werden im nachstehenden Modell in Abschnitt 6.4 durch den Mittelwert und die Standardabweichung dargestellt sowie mit den entsprechenden Farben gekennzeichnet.

6.4. Summative Ergebnisdarstellung für die unterschiedlichen Settings

Basierend auf dem strukturierten Review und den Interviews von Menschen mit CHI werden nachstehend die Ergebnisse pro Setting summativ dargestellt, d.h. es sind jeweils die Identifikation der jeweiligen Maßnahme im ersten und zweiten Teilerhebungsschritt und die Gewichtung durch die Expertinnen bzw. Experten im dritten Schritt ersichtlich. Die Anzahl der im Literatur-Review inkludierten Studien sowie die Meinung der Betroffenen wird dabei je nach Studienlage und Erwünschtheit mit einem, zwei oder drei „x“ dargestellt sowie farblich (Abbildung 15) gekennzeichnet.

Die erhobenen Maßnahmen und deren Darstellung auf den nächsten Seiten dient dem Aufzeigen der Indikatoren und Kontraindikatoren einzelner Maßnahmen sowie der Reaktionen von Betroffenen, die sich im Moment der Befragung im jeweiligen Setting befanden, und Expertinnen bzw. Experten bei der Umsetzung im jeweiligen Setting.

Bedeutung der Farben bei den Maßnahmen	
	In der Literatur identifiziert und von Betroffenen überwiegend erwünscht.
	In der Literatur identifiziert und von Betroffenen eher erwünscht.
	Weder in der Literatur identifiziert noch von Betroffenen erwünscht.
	Keine Daten vorhanden/nicht relevant in diesem Setting.
Anzahl der Studien bzw. Anzahl der betroffenen mit gleicher Meinung	
xxx	Gute Evidenzlage bzw. 100% der befragten Betroffenen sind derselben Meinung.
xx	Mäßige Evidenzlage (< 5 Studien) bzw. 75% der befragten Betroffenen sind derselben Meinung und 15% enthalten sich oder sind dagegen.
x	Geringe Evidenzlage (eine Studie) bzw. 60% der befragten Betroffenen sind derselben Meinung und 40% enthalten sich oder sind dagegen.
Bedeutung der Farben hinsichtlich Einschätzung der Experten	
> 66	Überwiegende Zustimmung der Experten.
33-65	Indifferente Haltung der Experten.
< 33	Überwiegende Ablehnung der Experten.

Abbildung 15: Legende Synthesemodell

6.4.1. Stationäre Versorgung

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus dem Review, den qualitativen Interviews und der Expertinnen- bzw. Expertenbefragung für das Setting ‚stationäre Versorgung‘ in einem Synthesemodell zusammengefasst in tabellarischer Form dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse innerhalb dieses Settings erläutert und diskutiert.

Bei den Interviews innerhalb dieses Settings gaben die befragten Personen an, großes Interesse an allen relevanten Themen (Herzfunktion, Ursache der HI, Beschwerden und Symptome, Medikation, Bewegung und Ernährung zur Linderung der CHI) zu haben; ausgenommen davon waren Themen rund um die psychische Belastung durch eine CHI.

Tabelle 8: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	x	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	18 (±19)	69 (±28)

Modulare Schulungen für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung haben eine geringe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 9: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	85 (±16)	70 (±30)

Abgeschlossene Schulungstage für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung haben eine mäßige positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 10: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in der stationären Versorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	77 (±18)	63 (±27)

Modulare Schulungen für Angehörige in der stationären Versorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 11: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige in der stationären Versorgung

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	68(±24)	56(±30)

Abgeschlossene Schulungstage für Angehörige in der stationären Versorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 12: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung

Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	79 (±21)	87 (±20)

Das Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung hat eine hohe positive Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 13: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der stationären Versorgung

Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	68 (±27)	60 (±29)

Für telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der stationären Versorgung ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten hinsichtlich der Wichtigkeit dennoch überwiegende, für die Machbarkeit hingegen mäßige Zustimmung.

Tabelle 14: Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der stationären Versorgung

Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	---	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	54 (±25)	53 (±27)

Für das Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der stationären Versorgung ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Aus Expertinnen- bzw. Expertensicht gibt es für diese Maßnahme hinsichtlich der Wichtigkeit und der Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 15: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der stationären Versorgung

Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur		x
Interviews		xxx

	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	63 (±28)	60 (±27)

Das Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung hat eine geringe negative Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 16: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung

Einsatz einer Patienten-App für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur		x
Interviews	xxx	

	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	65 (±26)	63 (±28)

Der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung hat eine geringe negative Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Seitens der Expertinnen bzw. Experten gibt es für diese Maßnahme hinsichtlich der Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 17: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der stationären Versorgung

Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	64 (±27)	68 (±27)

Für das Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der stationären Versorgung ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit mäßige, in Hinblick auf die Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 18: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der stationären Versorgung

Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	70 (±23)	73 (±24)

Für das Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der stationären Versorgung ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 19: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der stationären Versorgung

Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur		x
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	75 (±22)	66 (±29)

Für das Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der stationären Versorgung gibt es eine schwache negative Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten

abgelehnt. Expertinnen bzw. Experten äußern in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 20: Physische Interventionen in der stationären Versorgung

Organisieren von physischen Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur		x
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	85 (±20)	73 (±29)

Für physische Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung gibt es eine schwache negative Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Den Expertinnen- bzw. Experten-Meinungen zufolge gibt es für diese Maßnahme betreffend der Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung

6.4.2. Ambulante Versorgung

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus dem strukturierten Review, den qualitativen Interviews und der Expertinnen bzw. Expertenbefragung für das Setting ‚ambulante Versorgung‘ in einem Synthesemodell zusammengefasst in tabellarischer Form dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse innerhalb dieses Settings erläutert und diskutiert.

Bei den Interviews innerhalb dieses Settings gaben die befragten Personen an, großes Interesse für die Medikation, Bewegung und die richtige Ernährung zur Linderung der CHI zu haben. Weiteres wurde kaum Interesse für die Ursache einer CHI sowie Beschwerden und Symptome, die sich während einer solchen ergeben können und kein Interesse für Themen rund um die psychische Belastung durch eine CHI angegeben.

Tabelle 21: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	83 (±18)	73 (±27)

Modulare Schulungen für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten für in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 22: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	x	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	83 (±20)	71 (±27)

Abgeschlossene Schulungstage für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung haben eine geringe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Den Meinungen der Expertinnen bzw. Experten zufolge herrscht für diese Maßnahme hinsichtlich der Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 23: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in der ambulanten Versorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	75 (±22)	62 (±27)

Modulare Schulungen für Angehörige in der ambulanten Versorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Expertinnen bzw. Experten äußern für diese Maßnahme betreffend der Wichtigkeit überwiegende, betreffend der Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 24: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige in der ambulanten Versorgung

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	69 (±26)	61 (±29)

Abgeschlossene Schulungstage für Angehörige in der ambulanten Versorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 25: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung

Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	80 (±22)	84 (±21)

Das Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung hat eine hohe positive Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten weitgehend erwünscht. Überwiegende Zustimmung hinsichtlich der Wichtigkeit und Machbarkeit konnte seitens der Expertinnen bzw. Experten identifiziert werden.

Tabelle 26: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der ambulanten Versorgung

Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xx	
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	66 (±26)	60 (±27)

Für telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung gibt es eine mäßige positive Evidenz, diese werden von Patientinnen bzw. Patienten eher erwünscht. Dazu gibt es von den Expertinnen bzw.

Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Hinblick auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 27: Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung

Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xx	
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	57 (±26)	55 (±27)

Für das Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung gibt es eine mäßige positive Evidenz. Von den Patientinnen bzw. Patienten sind keine Angaben bezüglich des Interesses dafür vorhanden. Expertinnen bzw. Experten beschreiben für diese Maßnahme eine mäßige Zustimmung in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit.

Tabelle 28: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der ambulanten Versorgung

Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	65 (±27)	57 (±27)

Für das Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der ambulanten Versorgung gibt es keine Evidenz und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten abgelehnt. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 29: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung

Einsatz einer Patienten-App für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	x	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	66 (±27)	62 (±28)

Der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung hat eine geringe positive Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es aus Sicht von Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Hinblick auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 30: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der ambulanten Versorgung

Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xx	
Interviews	xx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	63 (±26)	62 (±27)

Für das Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der ambulanten Versorgung gibt es mäßige positive Evidenz und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten weitgehend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 31: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der ambulanten Versorgung

Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	70 (±24)	70 (±26)

Für das Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der ambulanten Versorgung sind keine empirischen Daten vorhanden und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten eher erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 32: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der ambulanten Versorgung

Organisieren von Gruppen mit Patienten		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur		x
Interviews	xx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	75 (±23)	66 (±29)

Für das Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der ambulanten Versorgung gibt es eine schwache negative Evidenz und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten weitgehend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 33: Organisieren von Bewegungsprogrammen in der ambulanten Versorgung

Organisieren von physischen Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	84 (±21)	71 (±29)

Für physische Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung gibt es eine hohe positive Evidenz und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten eher erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

6.4.3. Rehabilitationskliniken

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus der strukturierten Review, den qualitativen Interviews und der Expertinnen- bzw. Expertenbefragung für das Setting der Rehabilitationskliniken in einem Synthesemodell zusammengefasst in tabellarischer Form dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse innerhalb dieses Settings erläutert und diskutiert.

Bei den Interviews innerhalb dieses Settings zeigten die befragten Personen großes Interesse für die Ursache der CHI, Beschwerden und Symptome, Medikation und die richtige Bewegung zum Lindern derselben CHI. Weiters wurde mäßiges Interesse für Themen der psychischen Belastung und der Herzfunktion und kein Interesse für die richtige Ernährung zum Lindern der CHI angegeben.

Tabelle 34: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	86 (±20)	83 (±24)

Modulare Schulungen für Menschen mit CHI in einer Rehabilitationsklinik haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 35: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	85 (±22)	81 (±25)

Abgeschlossene Schulungstage für Menschen mit CHI in einer Rehabilitationsklinik haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 36: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in Rehabilitationskliniken

Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	69 (±26)	52 (±27)

Modulare Schulungen für Angehörige in einer Rehabilitationsklinik haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Hinblick auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 37: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige in Rehabilitationskliniken

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	69 (±26)	53 (±28)

Abgeschlossene Schulungstage für Angehörige in einer Rehabilitationsklinik haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Hinblick auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 38: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken

Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	80 (±23)	84 (±24)

Das Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in einer Rehabilitationsklinik hat eine hohe positive Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 39: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und -therapie in Rehabilitationskliniken

Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	50 (±28)	60 (±29)

Für telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie für Menschen mit CHI in einer Rehabilitationsklinik ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 40: Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken

Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	67 (±25)	56 (±29)

Für das Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in einer Rehabilitationsklinik ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 41: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in Rehabilitationskliniken

Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	70 (±27)	69 (±28)

Für das Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in einer Rehabilitationsklinik gibt es keine Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten jedoch überwiegend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 42: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken

Einsatz einer Patienten-App für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	x	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	65 (±29)	66 (±28)

Der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App für Menschen mit CHI in einer Rehabilitationsklinik hat eine geringe positive Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten abgelehnt. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit mäßige, in Hinblick auf die Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 43: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in Rehabilitationskliniken

Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	67 (±25)	66 (±27)

Für das Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in einer Rehabilitationsklinik gibt es keine Evidenz und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten abgelehnt. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 44: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in Rehabilitationskliniken

Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	68 (±25)	69 (±27)

Für das Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in einer Rehabilitationsklinik sind keine empirischen Daten vorhanden, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten jedoch überwiegend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 45: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in Rehabilitationskliniken

Organisieren von Gruppen mit Patienten		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	80 (±22)	78 (±26)

Für das Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in einer Rehabilitationsklinik sind keine empirischen Daten vorhanden und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten auch nicht erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 46: Organisieren von Bewegungsprogrammen in Rehabilitationskliniken

Organisieren von physischen Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	88 (±20)	84 (±24)

Für physische Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI in einer Rehabilitationsklinik gibt es eine hohe positive Evidenz und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

6.4.4. Primärversorgung

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus dem strukturierten Review, den qualitativen Interviews und der Expertinnen bzw. Expertenbefragung für das Setting ‚Primärversorgung‘ in einem Synthesemodell zusammengefasst in tabellarischer Form dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse innerhalb dieses Setting erläutert und diskutiert.

Bei den Interviews innerhalb dieses Settings gaben die befragten Personen an, großes Interesse an der Herzfunktion sowie an richtiger Bewegung und Ernährung zum Lindern der HI zu haben. Dahingegen gaben diese an, nur mäßiges Interesse an der Ursache einer HI, den Beschwerden und Symptomen, die sich während einer HI ergeben können, und Themen rund um die psychische Belastung, zu haben.

Tabelle 47: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in der Primärversorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	75 (±25)	62 (±29)

Modulare Schulungen für Menschen mit CHI in der Primärversorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 48: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in der Primärversorgung

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	77 (±23)	64 (±30)

Abgeschlossene Schulungstage für Menschen mit CHI in der Primärversorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Hinblick auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 49: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in der Primärversorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	71 (±25)	57 (±29)

Modulare Schulungen für Angehörige in der Primärversorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Hinblick auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 50: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige in der Primärversorgung

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	65 (±26)	57 (±29)

Abgeschlossene Schulungstage für Angehörige in der Primärversorgung haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 51: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der Primärversorgung

Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	81 (±21)	83 (±21)

Das Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der Primärversorgung hat eine hohe positive Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten eher erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 52: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der Primärversorgung

Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	62 (±27)	58 (±28)

Für telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie für Menschen mit CHI in der Primärversorgung gibt es eine hohe positive Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 53: Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der Primärversorgung

Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xx	
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	53 (±28)	53 (±28)

Für das Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der Primärversorgung gibt es eine mäßige positive Evidenz und dies wird von Patientinnen bzw. Patienten eher erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 54: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung

Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	59 (±31)	52 (±27)

Für das Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung gibt es keine Evidenz, dies wird von den Patientinnen bzw. Patienten eher erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 55: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in der Primärversorgung

Einsatz einer Patienten-App für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	x	
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	62 (±29)	60 (±26)

Der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App für Menschen mit CHI in der Primärversorgung hat eine geringe positive Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten

eher erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 56: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der Primärversorgung

Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	59 (±29)	56 (±25)

Für das Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der Primärversorgung gibt es eine hohe positive Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten eher erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 57: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der Primärversorgung

Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	62 (±27)	61 (±27)

Für das Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der Primärversorgung ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 58: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der Primärversorgung

Organisieren von Gruppen mit Patienten		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	69 (±29)	61 (±29)

Für das Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der Primärversorgung ist keine Evidenz vorhanden, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 59: Organisieren von Bewegungsprogrammen in der Primärversorgung

Organisieren von physischen Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	x	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	77 (±26)	66 (±27)

Für physische Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI in der Primärversorgung gibt es eine hohe positive Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten eher erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

6.4.5. Häusliche Pflege

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus der strukturierten Review, den qualitativen Interviews und der Expertinnen- bzw. Expertenbefragung für das Setting ‚häusliche Pflege‘ in einem Synthesemodell zusammengefasst in tabellarischer Form dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse innerhalb dieses Settings erläutert und diskutiert.

Bei den Interviews innerhalb dieses Settings gaben die befragten Personen an, ein großes Interesse an allen relevanten Themen (psychische Belastung, Herzfunktion, Ursache der HI, Beschwerden und Symptome, Medikation sowie die richtige Bewegung und Ernährung zum Lindern der HI) zu haben.

Tabelle 60: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	70 (±25)	55 (±26)

Für modulare Schulungen für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 61: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--

	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	76 (±23)	63 (±26)

Für abgeschlossene Schulungstage für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Hinblick auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 62: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in der häuslichen Pflege

Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	

	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	72 (±26)	61 (±27)

Modulare Schulungen für Angehörige in der häuslichen Pflege haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 63: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige in der häuslichen Pflege

Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	

	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	76 (±23)	64 (±27)

Abgeschlossene Schulungstage für Angehörige in der häuslichen Pflege haben eine hohe positive Evidenz und werden von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit eine Zustimmung.

Tabelle 64: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege

Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews		xxx
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	72 (±24)	78 (±23)

Für das Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI ist keine Evidenz vorhanden, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten nicht erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit überwiegende Zustimmung.

Tabelle 65: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der häuslichen Pflege

Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	61 (±25)	53 (±26)

Für telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege gibt es eine hohe positive Evidenz und die Verwendung wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 66: Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege

Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI		
	identifiziert/ erwünscht	nicht identifiziert/ nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	55 (±26)	52 (±25)

Für das Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und für Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 67: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der häuslichen Pflege

Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	xxx	

	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	57 (±26)	46 (±24)

Für das Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz für die häusliche Pflege gibt es keine Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit mäßige Zustimmung, in Bezug auf die Machbarkeit überwiegende Ablehnung.

Tabelle 68: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege

Einsatz einer Patienten-App für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	x	
Interviews	xxx	

	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	64 (±25)	58 (±24)

Der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege hat eine geringe positive Evidenz und wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für diese Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 69: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der häuslichen Pflege

Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	

	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	60 (±23)	56 (±24)

Für das Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der häuslichen Pflege gibt es eine hohe positive Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend

erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 70: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der häuslichen Pflege

Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	--	--
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	65 (±26)	62 (±27)

Für das Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der häuslichen Pflege ist keine Evidenz vorhanden bzw. hat diese Maßnahme für dieses Setting keine Relevanz. Diesbezüglich gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf Wichtigkeit und Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 71: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der häuslichen Pflege

Organisieren von Gruppen mit Patienten		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	--	--
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	66 (±25)	52 (±27)

Für das Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der häuslichen Pflege ist keine Evidenz vorhanden, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Bezug auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

Tabelle 72: Organisieren von Bewegungsprogrammen in der häuslichen Pflege

Organisieren von physischen Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI		
	Identifiziert/ Erwünscht	Nicht identifiziert/ Nicht erwünscht
Literatur	xxx	
Interviews	xxx	
	Wichtigkeit (1-100)	Machbarkeit (1-100)
Experten	77 (±24)	64 (±27)

Für physische Interventionen in Form von Bewegungsprogrammen für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege gibt es eine hohe positive Evidenz, dies wird von Patientinnen bzw. Patienten überwiegend erwünscht. Für die Maßnahme gibt es von den Expertinnen bzw. Experten in Hinblick auf die Wichtigkeit überwiegende, in Bezug auf die Machbarkeit mäßige Zustimmung.

7. LIMITATIONEN

Nachfolgend werden die Limitationen der einzelnen Erhebungsschritte diskutiert.

7.1. Strukturiertes Literaturreview

Einleitend ist anzumerken ist, dass die vorliegende Analyse als strukturiertes Review geplant und durchgeführt wurde und somit nicht die Qualitätsansprüche eines systematischen Reviews erfüllt. Zudem ist zu beachten, dass sich unter den beteiligten Personen kein Mediziner bzw. keine Medizinerin befand.

Inhaltlich war zu beobachten, dass in der gefundenen Literatur keinerlei Auskunft darüber zu finden war, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt der Progredienz an die Patientinnen bzw. Patienten weitergegeben wurden. Dadurch wurde die ohnehin schwierige Vergleichbarkeit der Maßnahmen vergrößert. Es steht somit nicht nur zur Debatte, ob durch die Inhalte der Edukation Unterschiede entstehen könnten, sondern gleichzeitig ist zu hinterfragen, ob die unterschiedliche Dauer der Interventionen von drei Wochen bis zwölf Monaten innerhalb der gefundenen Studien letztendlich nicht zu einem unterschiedlichen Ergebnis geführt hat.

Allgemein lässt sich in den inkludierten Texten und Studien bei der Verwendung des Begriffes ‚Empowerment‘ keine nachvollziehbare Definition zu diesem finden. Zwar wird in mancher Literatur eine Erklärung des Begriffes darlegt, das Wort wird jedoch synonym für viele an der Behandlung beteiligten, positive Faktoren herangezogen. So konnten relevante Studien gefunden werden, nachdem der Begriff ‚Empowerment‘ im Suchvorgang vernachlässigt wurde, da dies nicht bedeutet, dass die in diesen Studien untersuchten Maßnahmen sich nicht mit dem weiten Themenkomplex der Fähigkeitsentwicklung und Verbesserung von sozialen Lebenswelten im CHI-Segment beschäftigen.

Abschließend bleibt zu betonen, dass die verwendeten Suchselektoren zu einer Reduktion der gefundenen Ergebnisse geführt haben könnte. Eine differenzierte Verwendung des Begriffes ‚Empowerment‘ wäre mit größeren zeitlichen Ressourcen wahrscheinlich durchaus möglich. Die Literaturrecherche um eine genauere Handsuche zu erweitern sowie die Inkludierung von grauer Literatur würde das hier dargestellte Ergebnis vertiefen. Darüber hinaus lässt sich aufgrund der hier getätigten Suche erkennen, dass im Feld des Empowerments, der Gesundheitskompetenz sowie Adhärenz, bezogen auf CHI, mehr Forschung in Hinblick auf die persönlichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten notwendig ist.

Hinsichtlich telemedizinischer Interventionen oder Patientinnen- bzw. Patienten-Apps als Informationskanäle ist aktuell wenig Evidenz vorhanden. Anzumerken ist, dass es sich im Literaturreview ausschließlich um Evidenz handelt, die sich auf CHI und Interventionen rund um das Empowerment von Patientinnen bzw. Patienten beschränkt. Des Weiteren war in die strukturierte Literatursuche keine graue Literatur inkludiert. Es handelt sich daher ausschließlich um zum Zeitpunkt der Suche publizierte Studien oder strukturierte Literaturreviews. Dies hat zur Folge, dass Berichte aus ähnlichen Projekten nicht inkludiert und erst in der Auswertung aller Ergebnisse berücksichtigt wurden.

7.2. Qualitative Interviews

Die qualitativen Interviews schafft ein Bild der Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf die CHI der Betroffenen in den unterschiedlichen Settings. Sowohl durch die Analyse der Literatur als auch durch die Interviews wurde sichtbar, dass eine Inklusion der Angehörigen wünschenswert ist. Allerdings gelang es den Interviewern trotz Bemühungen nicht, diese für die Interviews zu gewinnen. Ein methodischer Kritikpunkt in Hinsicht auf das Interview ist es zudem, dass teilweise nur wenige Personen pro Setting interviewt wurden und so Einzelmeinungen die Ergebnisdarstellung für einzelne Settings verzerren.

Als inhaltliche Kritik ist anzuführen, dass die Betroffenen mit den im Fragebogen inkludierten Maßnahmen oftmals keine Erfahrungen hatten. Dies zeigte sich im ersten Moment durch Ablehnung unbekannter oder moderner Maßnahmen wobei die Erläuterung der Interviewer die Meinung zugunsten der digitalen Maßnahmen geändert und somit das Ergebnis beeinflussen haben könnte. Befragte Personen, die sich bereits vor den Interviews mit Apps vertraut gemacht hatten, tendierten bei der Beantwortung der Fragen auch zur Zustimmung eines vermehrten Einsatzes von Patientinnen- bzw. Patienten-Apps. Andernfalls wurden an das Internet gebundene Maßnahmen (Apps, Videos und Podcasts) eher abgelehnt. Weiters wurden bei den Interviews nur die präferierten Maßnahmen innerhalb des jeweiligen Settings abgefragt und nicht, mit welcher Maßnahme die Betroffenen welche Inhalte bevorzugt konsumieren würden. Dadurch könnte sich ein anderes Bild der bevorzugten Maßnahmen ergeben.

Ein wesentlicher Punkt ist, dass die Interviews vor der Corona-Krise in Österreich durchgeführt wurden. Eventuell hat dieses Ereignis die Meinung von Menschen mit CHI hin zu einem vermehrten Einsatz von telemedizinischen Interventionen und/oder Patientinnen- bzw. Patienten-Apps verändert.

7.3. Expertinnen- bzw. Expertenbefragung

Hierfür wurden Menschen aus unterschiedlichen Berufsgruppen im medizinischen Kontext befragt. Die Antworten wurden unabhängig von Berufserfahrung oder Ausbildung gleichwertig gewichtet. Dieser Umstand führte bei den Ergebnissen eventuell jedoch zu einem

verzerrten Bild, was die Wichtigkeit und Machbarkeit der Maßnahmen betrifft. Hinzu kommt, dass jede befragte Person für alle Settings eine Einschätzung abgab. Dieser Umstand wurde im Feedback-Prozess zu den Ergebnissen kritisiert, d.h. nur eine Bewertung des eigenen Settings wäre bevorzugt worden. Umgekehrt ist kritisch zu betrachten, dass die Abfrage aller Settings bei allen Expertinnen bzw. Experten eventuell auch zu einer geringeren Rücklaufquote an vollständig ausgefüllten Fragebögen geführt hat.

Inhaltlich wurden die Expertinnen und Experten nur zu den Maßnahmen befragt und es wurden keine Fragen bezüglich der Präferenzen zu den Inhalten in den relevanten Settings inkludiert, was dazu führte, dass Inhalte in diesem Schritt nicht hinsichtlich ihrer Relevanz und Machbarkeit beurteilt wurden

Alle Arbeitsschritte wurden zu allen Zeitpunkten umfassend transparent mit der auftraggebenden Stelle und in Rücksprache mit allen genannten Personen akkordiert. Zu späteren Zeitpunkten genannte Verbesserungsvorschläge konnten nicht mehr aufgenommen werden.

8. EMPFEHLUNGEN

Im vorliegenden Forschungsbericht wurden sowohl das Vorhandensein von Evidenz und die Bedürfnisartikulation von Menschen mit CHI als auch die Einschätzung von Expertinnen bzw. Experten erhoben. Für die Synthese der Empfehlungen wurde zudem die retrospektive Meinung aller interviewten Personen in Bezug auf die jeweiligen Settings berücksichtigt. Aus der Zusammenschau dieser Perspektiven werden nachfolgend Empfehlungen für die einzelnen Settings zusammengefasst, erläutert und mit aktuellen Leitlinien verknüpft.

Die folgenden Empfehlungen sind darauf ausgelegt, Menschen mit CHI diejenigen Wissensinhalte zu vermitteln, die sie im jeweiligen Setting benötigen, um besser mit ihrer Erkrankung umzugehen, und die zur Steigerung der Autonomie bzw. Selbstbestimmtheit (Empowerment) beitragen.

8.1. Empfehlungen für das Setting der stationären Versorgung

Für die Betroffenen innerhalb der stationären Versorgung waren vor allem die theoretische Aufklärung zum Thema ‚Herzinsuffizienz‘ (z.B. Funktionsweise des Herzens, Ursachen, Beschwerden und Symptome einer CHI) sowie der Umgang mit der Medikation von Bedeutung. Zusätzlich wurden retrospektiv angstreduzierende Inhalte (z.B. gut aufbereitete und einfach zu lesende Patientenberichte) erwünscht. In der Literatur wird bei der Edukation von hospitalisierten Patientinnen bzw. Patienten zusätzlich zu den genannten Themen auch die Selbstfürsorge thematisiert (Rice, Say & Betihavas, 2018; van Spall et al., 2017).

Der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App als mögliche Informationsquelle wurde von Betroffenen als gewünschte Maßnahme genannt und die Durchführung von geführten Bewegungsprogrammen gewünscht. Bei den Betroffenen entsprang dieser Wunsch dem Bedürfnis, zurück zur Normalität zu finden bzw. dem Wunsch, Autonomie zurückzuerlangen. Menschen mit CHI sprachen sich im stationären Setting aber vor allem für abgeschlossene Schulungstage mit ihren Angehörigen und für das Bereitstellen von Broschüren aus. Für Betroffene stellt ein Aufenthalt in einem stationären Setting grundsätzlich einen Zustand außerhalb der Norm dar und in solchen Situationen kann es geschehen, dass sich

Personen, die unter normalen Umständen keine Probleme haben, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, plötzlich Schwierigkeiten damit haben. Eine einfache und verständliche Art und Weise zu kommunizieren erhöht daher die Adhärenz und schafft Vertrauen. Informationen über eine gelungene Gesprächsführung zwischen Medizinerinnen bzw. Medizern und Patientinnen bzw. Patienten ist in der Methodenbox der Sozialversicherung beschrieben (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2020).

Aus der Befragung hat sich ergeben, dass folgende Maßnahmen von den hospitalisierten Betroffenen nicht erwünscht sind: Modulare Schulungen für Menschen mit CHI, Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und das Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten. Das Bedürfnis nach sozialer Nähe richtet sich in diesem Moment augenscheinlich eher an Familienangehörige und die Betroffenen bevorzugen es, ihre Fragen direkt an Expertinnen bzw. Experten zu richten.

Die Empfehlungen für das Setting der stationären Versorgung ist in der nachstehenden Tabelle (Tabelle 73) zusammengefasst.

Tabelle 73: Empfehlungen für das Setting stationäre Versorgung

Empfehlung/Statement
Im stationären Setting benötigen die Betroffenen ein Basiswissen zu ihrer Situation, spezifische Inhalte zum Verlauf der Therapie und angstreduzierende Inhalte in Form von Patientenberichten, geistiger Aktivierung und sozialer Unterstützung. Diese können überwiegend über abgeschlossene Schulungstage für Menschen mit CHI und ihre Angehörige sowie das Bereitstellen von Printmaterialien (z.B. Broschüren) übermittelt werden. Dabei handelt es sich vor allem um Methoden, die sich bereits als bekannt und akzeptiert erwiesen haben. Mittelfristig ist auch der Einsatz einer Patienten-App als Informationsquelle zu empfehlen.

8.2. Empfehlung für das Setting der ambulanten Versorgung

In der Erhebung konnte festgestellt werden, dass sich die befragten Betroffenen mehr mit ihrem Freizeitverhalten beschäftigten und dieses hin zu einem gesundheitsorientierten Verhalten veränderten. Die Interessen lagen in diesem Setting vor allem bei pragmatischen Inhalten über das richtige Verhalten im Alltag wie beispielsweise die richtige Ernährung und Bewegung. Weiters herrschte großes Interesse an der Medikation und wie sich diese reduzieren ließe. Dieser Fokus auf eine Lebensstilveränderung hin zu einem gesunden Lebensstil und mehr Bewegung im Alltag deckt sich mit Empfehlungen für eine strukturierte Nachsorge aus offiziellen Leitlinien (BÄK, KBV & AWMF, 2009, geändert 2013, 2019; Ponikowski et al., 2016). In diesem Setting empfehlen die offiziellen Leitlinien im Sinne einer strukturierten Nachsorge telemedizinische Interventionen, Schulungen, persönliche Beratungen, Patientinnen- bzw. Patientengruppen und eine strukturierte Trainingsintervention (von Fachkräften angeleitet und pulsgesteuert) als geeignete Maßnahmen. Diese können telefonisch, per Hausbesuch oder in organisierten Gruppen durchgeführt werden (BÄK et al., 2009, geändert 2013; Boyne & Vrijhoef, 2013; Mörtl et al., 2017; Unverzagt et al., 2016). Durch die Interviews konnte zudem gezeigt werden, dass die Betroffenen für viele der genannten Maßnahmen offen sind.

Menschen mit CHI sprachen sich in der ambulanten Versorgung vor allem für modulare Schulungen und abgeschlossene Schulungstage mit ihren Angehörigen sowie für das Be-

reitstellen von Broschüren aus. Der Einsatz von telemedizinischen Interventionen, einer Patientinnen- bzw. Patienten-App, Videos und Podcasts sowie organisierte Gruppen mit Betroffenen und geführte Bewegungsprogramme sind teilweise erwünscht.

Im Gegenzug dazu sind Schulungen für Menschen mit CHI ohne deren Angehörige und Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in dieser Gruppe eher nicht erwünscht. Diese Ablehnung begründet sich zum einen aus der Ablehnung gegenüber dem Internet und zum anderen aus der fehlenden Motivation, sich mit der eigenen Gesundheit bzw. der CHI zu beschäftigen (siehe Kapitel 6.2).

Die Empfehlungen für das Setting der ambulanten Versorgung sind in der nachstehenden Tabelle (Tabelle 74) zusammengefasst.

Tabelle 74: Empfehlungen für das Setting ambulante Versorgung

Empfehlung/Statement
Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen benötigen Betroffene in diesem Setting vor allem Inhalte, die zur Steigerung der Autonomie und Selbstbestimmtheit führen, einen Weg zu einem gesünderen Lebensstil aufzeigen und einen handhabbaren Umgang mit der CHI im Alltag fördern. Dafür eignen sich in der ambulanten Versorgung modulare Schulungen und abgeschlossene Schulungstage für Menschen mit CHI und deren Angehörige, das Bereitstellen von Printmaterialien (z.B. Broschüren) sowie geführte Bewegungsprogramme. Zusätzlich lassen sich in diesem Setting hinsichtlich der Steigerung der Adhärenz von Patienten telemedizinische Interventionen und mittelfristig der Einsatz einer Patienten-App empfehlen.

8.3. Empfehlungen für das Setting der Rehabilitationskliniken

Inhaltlich waren bei der Befragung in Rehabilitationskliniken vor allem das Hintergrundwissen über CHI (z.B. Ursachen von CHI, Beschwerden und Symptome, Medikation) für die Betroffenen von Bedeutung. In der Literatur sowie in offiziellen Leitlinien wird empfohlen, dass im Zuge von strukturierten Schulungsprogrammen das Vermitteln von Wissen über die Erkrankung, nicht-medikamentöse Therapien, medikamentöse Therapien, invasive Therapien, Selbstmanagement, sexuelle Aktivität, Reisen, psychosoziale Aspekte, spezielle Versorgungsformen, Hilfsangebote und einen gesunden Lebensstil im Zentrum steht (BÄK et al., 2019; Hunt et al., 2001; Mörtl et al., 2017; Muschalla et al., 2011; Ponikowski et al., 2016; Yancy et al., 2013).

Die befragten Menschen mit CHI im Setting von Rehabilitationskliniken sprachen sich vor allem für modulare Schulungen und abgeschlossene Schulungstage für Betroffene und deren Angehörigen aus. Außerdem wird das Bereitstellen von Broschüren, die Durchführung von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, das Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien sowie das Organisieren von geführten Bewegungsprogrammen als positiv erachtet. In der Literatur werden in Rehabilitationskliniken vorwiegend strukturierte Schulungsprogramme beschrieben, die ein Maßnahmenpaket beinhalten. Diese werden von einem multiprofessionellen Team angeleitet, bestehen aus einem festgelegten Curriculum mit den oben genannten Inhalten und werden in geschlossenen Kleingruppen durchgeführt. Zusätzlich beinhaltet dieses Maßnahmenpaket meist ein Handbuch sowie eine dazugehörige Foliensammlung. Diese Programme versprechen einen

nachhaltigen Effekt im Umgang der Betroffenen mit ihrer CHI und den jeweiligen Symptomen, das Bewegungsverhalten und ihre Lebensqualität (Boyde & Peters, 2014; Faller & Meng, 2017; Muschalla et al., 2011).

Folgende Interventionen sind im Setting der Rehabilitationskliniken von den Betroffenen nicht erwünscht: Das Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien sowie organisierte Gruppen mit Betroffenen zur Selbsthilfe, die dem Austausch unter Patientinnen bzw. Patienten dienen sollen. Die Ablehnung für Selbsthilfegruppen wurde von den Betroffenen damit begründet, dass es sich hierbei um einen zusätzlichen Aufwand handeln würde, die Gesprächsrunden zu allgemein seien und hier oft die Motivation fehle, noch einen weiteren Termin wahrzunehmen.

Die Empfehlungen für das Setting der Rehabilitationskliniken sind in der nachstehenden Tabelle (Tabelle 75) zusammengefasst.

Tabelle 75: Empfehlungen für das Setting Rehabilitationsklinik

Empfehlung/Statement
Inhaltlich bieten sich strukturierte Schulungsprogramme, in denen ein umfassendes theoretisches und praktisches Wissen über CHI vermittelt wird, an. Die vermittelten Themen sollten sich dabei auf die aktuellen Leitlinien und das Positionspapier der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft beziehen (BÄK et al., 2019; Mörtl et al., 2017). In Hinblick auf die Ergebnisse der Befragung, die Meinung der Expertinnen bzw. Experten sowie die vorhandene Evidenz lassen sich für Rehabilitationskliniken als Maßnahmen überwiegend modulare Schulungen, abgeschlossene Schultage, die Integration der Angehörigen, das Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, das Bereitstellen von Printmaterialien (z.B. Broschüren) und audiovisuelle Beiträge über analoge Medien sowie das Organisieren von geführten Bewegungsprogrammen empfehlen. Vor allem im Setting der Rehabilitationskliniken bietet sich auch die Möglichkeit an, über Workshops neue Methoden und Mittel in den Alltag von Betroffenen zu integrieren. Ein Beispiel dazu wäre die Verwendung einer Patientinnen- bzw. Patienten-App.

8.4. Empfehlungen für das Setting der Primärversorgung

Im Setting der Primärversorgung hat sich gezeigt, vor allem Inhalte über das richtige Verhalten im Alltag (z.B. die richtige Ernährung und Bewegung) für die befragten Betroffenen von Bedeutung sind. Die Interessen dieser lagen in diesem Setting generell bei einem gesunden Verhalten, um die Mobilität und Autonomie im Alltag aufrechtzuerhalten, und weniger bei spezifischen Fragen rund um die CHI (siehe Kapitel 6.2).

Die befragten Menschen mit CHI sprachen sich vor allem für organisierte Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten aus. Außerdem wurden folgende Maßnahmen teilweise erwünscht: das Bereitstellen von Broschüren, das Abhalten von Videokonferenzen, organisierte Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, der Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App, das Bereitstellen von Videos und Podcasts sowie geführte Bewegungsprogramme. Allgemein entsprechen jene Maßnahmen, die mit wenig Aufwand in den Alltag integrierbar sind, den Wünschen der Betroffenen. Basierend auf diesen Wünschen bietet sich die Möglichkeit einer modernen Form der schriftlichen Kommunikation an. Interaktive Social-Media-Interventionen und die Möglichkeit, Benachrichtigungen in Form von Kurznachrichten (Short-Message Services – SMS) schnell und kostengünstig über das

Handy zu versenden, eröffnen neue Wege, Menschen in ihrem Alltag für ein gesundheitsorientiertes Verhalten zu motivieren. Großflächig wurden so bereits Kampagnen, die Menschen hin zu einem gesünderen Lebensstil motivieren sollten, durchgeführt (Patrick, Griswold, Raab & Intille, 2008; Patrick et al., 2009). Diese elektronische Kommunikation über soziale Netzwerke und SMS unterstützt die soziale Interaktion zwischen den Betroffenen und erhöht die Motivation für Bewegung im Alltag. Dieser motivationssteigernde Effekt ist durch den höheren Energieaufwand, der durch die aktive Teilnahme in einem sozialen Netzwerk entsteht, begründet. Zusätzlich können die Betroffenen durch gezielte Aufforderungen über SMS regelmäßig an Bewegung erinnert werden (Alley et al., 2018; Hurling et al., 2007; Kolt et al., 2017).

Dem Ansatz der Einfachheit folgend wurden von den Interviewpartnerinnen bzw. -partnern folgende Maßnahmen nicht gewünscht: Modulare Schulungen und abgeschlossene Schulungstage für Menschen mit CHI und ihre Angehörigen sowie telemedizinische Interventionen. Die Ablehnung gegenüber telemedizinischen Interventionen entstammt dabei der fehlenden Motivation, sich mit der eigenen Erkrankung weiter auseinanderzusetzen (siehe Kapitel 6.2).

Die Empfehlung für das Setting der Primärversorgung ist in der nachstehenden Tabelle (Tabelle 76) zusammengefasst.

Tabelle 76: Empfehlungen für das Setting Primärversorgung

Empfehlung/Statement
Die Betroffenen hatten ein allgemeines Interesse an einem gesunden Lebensstil und an Inhalten rund um den Erhalt von Autonomie und Mobilität im Alltag. Diese Inhalte lassen sich im Setting der Primärversorgung durch das Bereitstellen von Printmaterialien (z.B. Broschüren), das Organisieren von geführten Bewegungsprogrammen und längerfristig durch den Einsatz einer Patientinnen- bzw. Patienten-App vermitteln.

8.5. Empfehlung für das Setting der häuslichen Pflege

Im Setting der häuslichen Pflege zeigten sich die befragten Betroffenen generell offen für neue Inhalte und gaben an, Interesse für alle im Fragebogen inkludierten Themen zu haben. Die inhaltliche Empfehlungen aus der Literatur richten sich eher an gebrechliche Menschen. Dafür werden folgende Themen bzw. Maßnahmen genannt: Awareness für eine erhöhte Sturzgefahr bei Patientinnen bzw. Patienten und ihren Angehörigen schaffen, soziale Unterstützung bieten, Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Antirutschmatten, spezielles Besteck, Hausnotruf), Inanspruchnahmen sozialer Dienste, Anregung zu körperlicher und geistiger Aktivität (BÄK et al., 2019; Ponikowski et al., 2016).

Die befragten Menschen mit CHI sprachen sich vor allem für modulare Schulungen und abgeschlossene Schulungstage mit ihren Angehörigen, telemedizinische Interventionen, Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz, den Einsatz von einer Patientinnen- bzw. Patienten-App, das Bereitstellen von Videos und Podcasts, organisierte Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten sowie geführte Bewegungsprogramme aus. Demgegenüber steht das Bereitstellen von Broschüren, das in diesem Setting als einzige Maßnahme nicht erwünscht ist. Dieses Ergebnis begründet sich aus der Motivation der befragten Personen ‚Gesund zu sein‘ und die Erkrankung in das eigene Leben zu integrieren.

Die Empfehlungen für das Setting der häuslichen Pflege sind in der nachstehenden Tabelle (Tabelle 77) zusammengefasst.

Tabelle 77: Empfehlungen für das Setting häusliche Pflege

Empfehlung/Statement
Inhaltlich ist in diesem Setting die Schaffung von Awareness, das Fördern der körperlichen und geistigen Aktivität sowie das Wissen um den Erhalt der Autonomie und Mobilität im Alltag vorrangig. Zusammenfassend lassen sich für die häusliche Pflege überwiegend modulare Schulungen und abgeschlossene Schultage, die Integration der Angehörigen, der Einsatz einer Patientinnen bzw. Patienten-App und organisierte Bewegungsprogramme empfehlen.

Abschließend sind die Empfehlungen basierend auf den genannten Ergebnissen zusammengefasst in der nachstehenden Tabelle (Tabelle 78) aufgelistet.

8.6. Ergänzung/Hinweis

Die in der Tabelle (Tabelle 78 bzw. 1) angeführten Schulungsinhalte beziehen sich auf die im Positionspapier der ÖKG und den Nationalen Versorgungsleitlinien angeführten Themen zum Aufbau eines strukturierten Schulungsprogramms für Menschen mit CHI (BÄK et al., 2019; Mörtl et al., 2017).

Tabelle 78: Zusammenfassung der empfohlenen Inhalte und Maßnahmen

Zusammenfassung der empfohlenen Maßnahmen		
Setting	Empfohlene Maßnahmen	Empfohlene Inhalte
Stationäre Versorgung	- Organisieren eines abgeschlossenen Schultages für Menschen mit CHI und ihren Angehörige - Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI, die mittelfristig durch den standardisierten Einsatz einer Patienten-App abgelöst wird	- Grundlegendes Hintergrundwissen zur CHI - Funktionsweise des Herzens - Ursachen, Beschwerden und Symptome einer CHI - Hintergrundwissen zu der verwendeten Medikation - Angstreduzierende Inhalte - Patientenberichte - Soziale Unterstützung - Geistige Ablenkungen
Ambulante Versorgung	- Modulare Schulungen für Menschen mit CHI und Angehörige - Abgeschlossener Schultag für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen - Telemedizinische Interventionen und mittelfristig der Einsatz einer Patienten-App - Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI, die mittelfristig durch den standardisierten Einsatz einer Patienten-App abgelöst wird - Organisieren von Interventionen im Hinblick auf die physische Gesundheit	- Gesundheitsschützende Verhaltensweisen im Alltag - Anregung zum Einhalten der Trainingsempfehlungen - Ernährungsempfehlungen - Selbstmanagement - Dokumentation der Werte - Warnzeichen - Umgang mit CHI im Alltag - Medikamentöse Therapie und Lebensstil

Zusammenfassung der empfohlenen Maßnahmen		
Setting	Empfohlene Maßnahmen	Empfohlene Inhalte
Rehabilitationsklinik	• Modulare Schulungen für Menschen mit CHI • Abgeschlossener Schultag für Menschen mit CHI • Einbeziehung der Angehörigen in obige Schulungen • Modulare Schulungen für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Abgeschlossener Schultag für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz • Workshops zum Erlernen des richtigen Umgangs mit einer Patienten-App • Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI, die mittelfristig durch den standardisierten Einsatz einer Patienten-App abgelöst wird • Audiovisuelle Beiträge für Menschen mit CHI • Interventionen zur physischen Gesundheit	• Wissen über die CHI (Ursache, Symptome, Verlauf, ...) • Nicht-Medikamentöse Therapie und Lebensstil • Medikamentöse Therapie • Invasive Therapie • Selbstmanagement • Sexuelle Aktivität • Reisen • Psychosoziale Aspekte • Spezielle Versorgungsformen • Hilfsangebote • Palliativversorgung • Wissen über einen gesunden Lebensstil
Primärversorgung	• Modulare Schulungen für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Abgeschlossener Schultag für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Bereitstellung von Printmaterialien für Menschen mit CHI, die mittelfristig durch eine den standardisierten Einsatz einer Patienten-App abgelöst wird • Interventionen zur physischen Gesundheit	• Gesundheitsschützende Verhaltensweisen im Alltag ○ Bewegungsempfehlungen ○ Ernährungsempfehlungen • Motivation zu einem gesunden Lebensstil fördern • Umgang mit CHI im Alltag • Wissen zum Erhalt der Autonomie und Mobilität im Alltag
Häusliche Pflege	• Modulare Schulungen für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Abgeschlossener Schultag für Menschen mit CHI mit deren Angehörigen • Einsatz einer Patienten-App für Menschen mit CHI • Organisieren von Interventionen zur physischen Gesundheit	• ‚Awareness‘ schaffen für eine erhöhte Sturzgefahr im Alltag • Wissen zum Erhalt der Autonomie und Mobilität im Alltag • Bieten von sozialer Unterstützung • Körperliche und geistige Aktivität fördern

9. AWARENESS IN DER ALLGEMEIN BEVÖLKERUNG

Awarenessprogramme orientieren sich an den Bedürfnissen der erkrankten Population und fokussieren vermehrt auf das Selbstmanagement bzw. steigern die Selbstbestimmtheit und Autonomie der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer. Das bedeutet, dass es sich dabei um Inhalte handelt, durch die Menschen dabei helfen sollen, im Falle einer chronischen Erkrankung Probleme im Alltag zu lösen, eigene Ziele zu erstellen, Handlungen zu planen und neue Verhaltensweisen zu erlernen. Zusammenfassend werden die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer solcher Programme dazu befähigt, selbst etwas für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu tun (Agarwal et al., 2019; Koniak-Griffin & Brecht, 2015).

Die qualitativen Interviews zeigten, dass es den Betroffenen bei Erhalt der Diagnose an grundlegendem Wissen über die Risikofaktoren einer CHI fehlte, welche Konsequenzen diese Diagnose mit sich bringt und welche Präventionsstrategien es dafür gibt. Die Betroffenen hatten Schwierigkeiten, die Diagnose einzuordnen und nahmen an, dass Erkrankungen, die das Herz betreffen, stark lebensbedrohend sind. In den Interviews mit Personen, die bereits über 70 Jahre alt waren bzw. bei denen die Diagnose bereits mehr als ein Jahr zurücklag, wurden eher finanzielle Sorgen und die Angst vor einem Autonomieverlust im Alter angesprochen. Diese Menschen haben die CHI teilweise als eine Erkrankung von vielen wahrgenommen, wobei diese Einstellung die Tatsache widerspiegelt, dass das Alter chronische Erkrankungen mit sich bringt (vgl. Kapitel 6.2; OECD & European observatory on health systems and policies, 2019). Im Sinne einer Aufklärung über CHI wären demnach Informationen für ein besseres Verständnis der Erkrankung als vorbeugende Maßnahme zu empfehlen. Darunter sind grundlegende Informationen über die Arbeitsweise des Herzens sowie erste Anzeichen, Entstehung, Formen, Symptome und Verlauf einer CHI zu verstehen. Zusätzlich ist das Wissen über gesundheitsschützendes Verhalten (z.B. körperliche Aktivität, halten des Körpergewichts, körperliche Belastungsgrenzen erkennen) von Bedeutung. Dieses Wissen in einfacher Sprache präsentiert (z.B. Spazieren gehen und eine salzarme Ernährung hilft) kann leicht in den Alltag integriert werden. Beispiele, wie die angesprochenen Inhalte, niederschwellig in audiovisuellen Beiträgen und in Form von Artikeln vermittelt werden können, gibt es u.a. auf der Homepage der European Society of Cardiology, die unter <https://www.heartfailurematters.org> zu finden, ist. Ergänzend sind hierzu Awareness-Programme zu anderen Themen zu erwähnen (z.B. Rauchstopp, Diabetesfrüherkennung, Lipidstatus, Blutdruckeinstellung, etc.).

Durch die Erhebung hat sich gezeigt, dass für die Altersgruppe über 70 Jahren Informationen über chronische Erkrankungen und darüber, wie diese verhindert bzw. hinausgezögert werden können, generell von Bedeutung sind. Dem Schema folgend wären ein Anheben der Gesundheitskompetenz und Wissen über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (z.B. die richtige Bewegung im Alltag, eine gesunde Ernährung) zu vermitteln als präventive Maßnahmen zu empfehlen. Hierbei sollte aber vor allem die Selbstwirksamkeit der Betroffenen durch zugängliche, an der Zielgruppe orientierte Information gestärkt werden. Diese Informationen können neben den bereits erwähnten audiovisuellen Beiträgen und Artikeln auch durch Reflexion greifbar gemacht werden. Dies kann besonders durch Gespräche, Vorträge und/oder Audioaufzeichnungen von Betroffenen, die den eigenen Krankheitsverlauf schildern und wie diese im Alltag mit ihrer Erkrankung umgehen, gelingen.

Mittelfristig wäre es zu alledem möglich, Informationen audiovisuell oder als Text über eine standardisierte App zu vermitteln. Eine solche kann den Nutzerinnen bzw. Nutzern je nach

Diagnose gezielt Informationen an übermitteln und Hilfestellung für bestimmte Situationen bieten. Die Erhöhung der zugänglichen Information vermehrt letztendlich das Wissen der Betroffenen über die Erkrankung und erzeugt einen präventiven Nutzen für krisenhafte Ereignisse im Krankheitsverlauf.

10. VERZEICHNISSE

10.1. Literaturverzeichnis

- Abel, T., Sommerhalder, K. & Bruhin, E. (2018). *Health Literacy / Gesundheitskompetenz. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (BZgA, Hrsg.). Zugriff am 10.09.2019. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/>
<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I065-2.0>
- Agarwal, G., Girard, M., Angeles, R., Pirrie, M., Lussier, M.-T., Marzanek, F. et al. (2019). Design and rationale for a pragmatic cluster randomized trial of the Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP) for social housing residents in Ontario and Quebec, Canada. *Trials*, 20(1), 760. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3806-5>
- Albert, N. M., Buchsbaum, R. & Li, J. (2007). Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms, and self-care behaviors. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3), 129–139. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.08.007>
- Alley, S. J., Kolt, G. S., Duncan, M. J., Caperchione, C. M., Savage, T. N., Maeder, A. J. et al. (2018). The effectiveness of a web 2.0 physical activity intervention in older adults - a randomised controlled trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0641-5>
- Ancău, M. (2016). Herz und Kreislauf. In M. Ancău (Hrsg.), *Klinische Grundlagen fürs Physikum* (Springer-Lehrbuch, S. 105–130). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-46714-5_8
- Aspromonte, N., Gulizia, M. M., Di Lenarda, A., Mortara, A., Battistoni, I., Maria, R. de et al. (2017). ANMCO/SIC Consensus Document: cardiology networks for outpatient heart failure care. *European Heart Journal Supplements : Journal of the European Society of Cardiology*, 19(Suppl D), D89-D101. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux009>
- Atkins, D., Best, D., Briss, P. A., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S. et al. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328(7454), 1490. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7454.1490>
- BÄK, KBV & AWMF. (2009, geändert 2013). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung* (1. Auflage, Version 7) (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hrsg.). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000166>
- BÄK, KBV & AWMF. (2019). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung* (3. Auflage, Version 1) (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hrsg.). Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2019-10_01.pdf
<https://doi.org/10.6101/AZQ/000465>
- Baker, D. W., DeWalt, D. A., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K. et al. (2011). The effect of progressive, reinforcing telephone education and counseling versus brief educational intervention on knowledge, self-care behaviors and heart failure symptoms. *Journal of Cardiac Failure*, 17(10), 789–796. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2011.06.374>
- Boyde, M. & Peters, R. (2014). Education material for heart failure patients. What works and what does not? *Current Heart Failure Reports*, 11(3), 314–320. <https://doi.org/10.1007/s11897-014-0200-1>
- Boyde, M., Tuckett, A., Peters, R., Thompson, D. R., Turner, C. & Stewart, S. (2009). Learning style and learning needs of heart failure patients (The Need2Know-HF patient study).

- European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 8(5), 316–322. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.05.003>
- Boyne, J. J. J. & Vrijhoef, H. J. M. (2013). Implementing telemonitoring in heart failure care. Barriers from the perspectives of patients, healthcare professionals and healthcare organizations. *Current Heart Failure Reports*, 10(3), 254–261. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0140-1>
- Brandes, S. & Stark, W. (2016). *Empowerment/Befähigung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (BZgA, Hrsg.). Zugriff am 10.09.2019. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/empowerment-befaehtigung> <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I010-1.0>
- Buck, H. G., Stromberg, A., Chung, M. L., Donovan, K. A., Harkness, K., Howard, A. M. et al. (2018). A systematic review of heart failure dyadic self-care interventions focusing on intervention components, contexts, and outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 232–242. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.007>
- Burke, R. E., Jones, J., Ho, P. M. & Bekelman, D. B. (2014). Caregivers' perceived roles in caring for patients with heart failure: what do clinicians need to know? *Journal of Cardiac Failure*, 20(10), 731–738. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2014.07.011>
- Casimir, Y. E., Williams, M. M., Liang, M. Y., Pitakmongkolkul, S. & Slyer, J. T. (2014). The effectiveness of patient-centered self-care education for adults with heart failure on knowledge, self-care behaviors, quality of life, and readmissions: a systematic review. *JBHI database of systematic reviews and implementation reports*, 12(2), 188–262. <https://doi.org/10.11124/jbisir-2014-1438>
- Ciccone, M. M., Aquilino, A., Cortese, F., Scicchitano, P., Sassara, M., Mola, E. et al. (2010). Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vascular Health and Risk Management*, 6, 297–305. <https://doi.org/10.2147/vhrm.s9252>
- Cichosz, S. L., Udsen, F. W. & Hejlesen, O. (2019). The impact of telehealth care on health-related quality of life of patients with heart failure: Results from the Danish TeleCare North heart failure trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1357633X19832713>
- Clark, A. M., Spaling, M., Harkness, K., Spiers, J., Strachan, P. H., Thompson, D. R. et al. (2014). Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart (British Cardiac Society)*, 100(9), 716–721. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-304852>
- Dachverband der Sozialversicherungsträger. (2020). *Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung*. Wien. Zugriff am 28.02.2022. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.731981&version=1580910437>
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. J. V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P. A. et al. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Journal of Heart Failure*, 10(10), 933–989. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2008.08.005>
- Dietscher, C. & Peilkan, J. M. (2017). Health-literate hospitals and healthcare organizations. Results from an Austrian Feasibility Study on the self-assessment of organizational

- health literacy in hospitals. In *Health literacy : Forschungsstand und Perspektiven* (pp. 303–313). Bern: Hogrefe.
- Faller, H. & Meng, K. (2017). Gesundheitskompetenz durch Patientenschulungen – ein Überblick. *Public Health Forum*, 25(1), 31–33. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-2142>
- Holmes, L., Addington-Hall, J., Grande, G., Payne, S., Seymour, J. & Hanratty, B. (2010). P29 Out of control? Experiences of transitions between care settings at the end of life for older adults with heart failure: a qualitative study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(Suppl 1), A45–A45. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.120477.29>
- Hoppe, U. C., Böhm, M., Dietz, R., Hanrath, P., Kroemer, H. K., Osterspey, A. et al. (2005). Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. *Zeitschrift für Kardiologie* [Guidelines for therapy of chronic heart failure], 94(8), 488–509. <https://doi.org/10.1007/s00392-005-0268-4>
- Hunt, S. A., Baker, D. W., Chin, M. H., Cinquegrani, M. P., Feldman, A. M., Francis, G. S. et al. (2001). ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation; Endorsed by the Heart Failure Society of America. *Circulation*, 104(24), 2996–3007. <https://doi.org/10.1161/hc4901.102568>
- Hurling, R., Catt, M., Boni, M. de, Fairley, B. W., Hurst, T., Murray, P. et al. (2007). Using internet and mobile phone technology to deliver an automated physical activity program: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 9(2), e7. <https://doi.org/10.2196/jmir.9.2.e7>
- Jaana, M., Sherrard, H. & Paré, G. (2019). A prospective evaluation of telemonitoring use by seniors with chronic heart failure: Adoption, self-care, and empowerment. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1800–1814. <https://doi.org/10.1177/1460458218799458>
- Kane, P. M., Ellis-Smith, C. I., Daveson, B. A., Ryan, K., Mahon, N. G., McAdam, B. et al. (2018). Understanding how a palliative-specific patient-reported outcome intervention works to facilitate patient-centred care in advanced heart failure: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 32(1), 143–155. <https://doi.org/10.1177/0269216317738161>
- Kolt, G. S., Rosenkranz, R. R., Vandelanotte, C., Caperchione, C. M., Maeder, A. J., Tague, R. et al. (2017). Using Web 2.0 applications to promote health-related physical activity: findings from the WALK 2.0 randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, 51(19), 1433–1440. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096890>
- Koniak-Griffin, D. & Brecht, M.-L. (2015). Awareness of Cardiovascular Disease and Preventive Behaviors Among Overweight Immigrant Latinas. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(5), 447–455. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000181>
- Kretz, F.-J., Schäffer, J. & Terboven, T. (2016). Störungen des Kreislaufs. In F.-J. Kretz, J. Schäffer & T. Terboven (Hrsg.), *Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie* (Springer-Lehrbuch, S. 413–422). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-44771-0_33
- Kristiansen, A. M., Svanholm, J. R., Schjødt, I., Mølgaard Jensen, K., Silén, C. & Karlgren, K. (2017). Patients with heart failure as co-designers of an educational website. Implications for medical education. *International Journal of Medical Education*, 8, 47–58. <https://doi.org/10.5116/ijme.5898.309e>

- Kunz, R. (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen* (2., vollst. überarb. Aufl.). Bern: H. Huber.
- Lainscak, M., Blue, L., Clark, A. L., Dahlström, U., Dickstein, K., Ekman, I. et al. (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 13(2), 115–126. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq219>
- Larsen, R. (2016). Herzinsuffizienz und kardiogener Schock. In R. Larsen (Hrsg.), *Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege* (S. 675–679). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50444-4_49
- Likert, R. (1932). *A Technique for the Measurement of Attitudes*. New York, Columbia Univ., Diss., 1932. New York, NY.
- LimeSurvey GmbH. (2020). LimeSurvey [Computer software]. Verfügbar unter: <https://www.limesurvey.org/en/>
- Maggioni, A. P. (2015). Epidemiology of Heart Failure in Europe. *Heart Failure Clinics*, 11(4), 625–635. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2015.07.015>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (Beltz Pädagogik, 12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz. Zugriff am 04.02.2020. Verfügbar unter: http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930
- Mizukawa, M., Moriyama, M., Yamamoto, H., Rahman, M. M., Naka, M., Kitagawa, T. et al. (2019). Nurse-Led Collaborative Management Using Telemonitoring Improves Quality of Life and Prevention of Rehospitalization in Patients with Heart Failure. *International Heart Journal*, 60(6), 1293–1302. <https://doi.org/10.1536/ihj.19-313>
- Mörtl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A. et al. (2017). Disease management programs in chronic heart failure. Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23-24), 869–878. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0>
- Mosterd, A. & Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart (British Cardiac Society)*, 93(9), 1137–1146. <https://doi.org/10.1136/hrt.2003.025270>
- Muschalla, B., Glatz, J. & Karger, G. (2011). Kardiologische Rehabilitation mit strukturierter Schulung bei Herzinsuffizienz--Akzeptanz bei Patienten und Veränderungen in Krankheitswissen und Wohlbefinden. *Die Rehabilitation* [Cardiac rehabilitation with a structured education programme for patients with chronic heart failure--illness-related knowledge, mental wellbeing and acceptance in participants], 50(2), 103–110. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265182>
- OECD & European observatory on health systems and policies. (2019). *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2019* (OECD Publishing, Hrsg.). Paris. <https://doi.org/10.1787/616bb134-de>
- Patrick, K., Griswold, W. G., Raab, F. & Intille, S. S. (2008). Health and the mobile phone. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 177–181. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.05.001>
- Patrick, K., Raab, F., Adams, M. A., Dillon, L., Zabinski, M., Rock, C. L. et al. (2009). A text message-based intervention for weight loss: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(1), e1. <https://doi.org/10.2196/jmir.1100>
- Piette, J. D., Striplin, D., Marinec, N., Chen, J. & Aikens, J. E. (2015). A randomized trial of mobile health support for heart failure patients and their informal caregivers: impacts on caregiver-reported outcomes. Impacts on Caregiver-reported Outcomes. *Medical Care*, 53(8), 692–699. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000378>

- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. et al. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- Rakhshan, M., Kordshooli, K. R. & Ghadakpoor, S. (2015). Effects of Family-Center Empowerment Model on the Lifestyle of Heart Failure Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 3(4). Zugriff am 08.07.2020. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4591568/>
- Rice, H., Say, R. & Betihavas, V. (2018). The effect of nurse-led education on hospitalisation, readmission, quality of life and cost in adults with heart failure. A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 363–374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.002>
- Rush, K. L., Hatt, L., Janke, R., Burton, L., Ferrier, M. & Tetrault, M. (2018). The efficacy of telehealth delivered educational approaches for patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(8), 1310–1321. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.02.006>
- Samoocha, D., Bruinvels, D. J., Elbers, N. A., Anema, J. R. & van der Beek, A. J. (2010). Effectiveness of web-based interventions on patient empowerment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 12(2), e23. <https://doi.org/10.2196/jmir.1286>
- Shearer, N. B. C., Cisar, N. & Greenberg, E. A. (2007). A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart & Lung : the Journal of Critical Care*, 36(3), 159–169. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2006.08.006>
- Swiss Academic Software. Citavi (Version 6.5) [Computer software]. Verfügbar unter: <https://www.citavi.com/de>
- Unverzagt, S., Meyer, G., Mittmann, S., Samos, F.-A., Unverzagt, M. & Prondzinsky, R. (2016). Improving Treatment Adherence in Heart Failure. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(25), 423–430. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0423>
- Van Spall, H. G. C., Rahman, T., Mytton, O., Ramasundarahettige, C., Ibrahim, Q., Kabali, C. et al. (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 19(11), 1427–1443. <https://doi.org/10.1002/ejhf.765>
- VERBI Software. (2019). MAXQDA 2020 [Computer software]. Verfügbar unter: <https://www.maxqda.de/>
- Verheijden Klompstra, L., Jaarsma, T. & Strömberg, A. (2014). Exergaming in older adults: a scoping review and implementation potential for patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 13(5), 388–398. <https://doi.org/10.1177/1474515113512203>
- Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing research*, 36(2), 76–81. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
- WHO. (1986). *Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung* (World Health Organization, Hrsg.).
- WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action* (World Health Organization, Hrsg.). Geneva. Zugriff am 10.09.2019. Verfügbar unter:

- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=6CC955CDBFA9ED3BE31482AF2D3FBA83?sequence=1>
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H. et al. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*, 128(16), e240-327. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>
- Yeh, G. Y., Chan, C. W., Wayne, P. M. & Conboy, L. (2016). The Impact of Tai Chi Exercise on Self-Efficacy, Social Support, and Empowerment in Heart Failure: Insights from a Qualitative Sub-Study from a Randomized Controlled Trial. *PloS One*, 11(5), e0154678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154678>
- Zan, S., Agboola, S., Moore, S. A., Parks, K. A., Kvedar, J. C. & Jethwani, K. (2015). Patient engagement with a mobile web-based telemonitoring system for heart failure self-management: a pilot study. *JMIR MHealth and UHealth*, 3(2), e33. <https://doi.org/10.2196/mhealth.3789>

10.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm zur Suchstrategie	68
Abbildung 2: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Alter (N=12)	70
Abbildung 3: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Geschlecht (N=12)	70
Abbildung 4: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Ausbildung (N=12)	70
Abbildung 5: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Wohnort (N=12)	71
Abbildung 6: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Bundesland (N=12)	71
Abbildung 7: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach Setting (N=12)	71
Abbildung 8: Beschreibung der teilnehmenden Menschen mit CHI nach „NYHA-Skala“ (N=12)	72
Abbildung 9: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Alter (N=74)	74
Abbildung 10: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Geschlecht (N=74)	74
Abbildung 11: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Berufsjahren (N=74)	74
Abbildung 12: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Bundesland (N=74)	75
Abbildung 13: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Setting (N=74)	75
Abbildung 14: Beschreibung der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten nach Berufsgruppen (N=74)	75
Abbildung 15: Legende Synthesemodell	82

10.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung der empfohlenen Inhalte und Maßnahmen	59
Tabelle 2: Darstellung der Bewertung, Gewichtung und Empfehlung von Literatur basierend auf Atkins et al. (2004)	66
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur Literatursuche	66
Tabelle 4: Suchprotokoll der Literaturrecherche	67
Tabelle 5: Übersichtsdarstellung zu Maßnahmen, Zielgruppen und Setting im Kontext von Maßnahmen zur Steigerung des Empowerments von Menschen mit CHI	76
Tabelle 6: Maßnahmen zur Wissensvermittlung im medizinischen Kontext aus der Literatur	79
Tabelle 7: Maßnahmen zur Wissensvermittlung im medizinischen Kontext aus den qualitativen Interviews	81
Tabelle 8: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung	82
Tabelle 9: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung	83
Tabelle 10: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in der stationären Versorgung	83
Tabelle 11: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige in der stationären Versorgung	83
Tabelle 12: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung	84
Tabelle 13: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der stationären Versorgung	84
Tabelle 14: Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der stationären Versorgung	84
Tabelle 15: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der stationären Versorgung	85
Tabelle 16: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in der stationären Versorgung	85
Tabelle 17: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der stationären Versorgung	86
Tabelle 18: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der stationären Versorgung	86
Tabelle 19: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der stationären Versorgung	86
Tabelle 20: Physische Interventionen in der stationären Versorgung	87
Tabelle 21: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung	87
Tabelle 22: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung	88
Tabelle 23: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in der ambulanten Versorgung	88

Tabelle 24: Organisieren eines abgeschlossenen Schultungstages für Angehörige in der ambulanten Versorgung	89
Tabelle 25: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung	89
Tabelle 26: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der ambulanten Versorgung	89
Tabelle 27: Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung	90
Tabelle 28: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der ambulanten Versorgung	90
Tabelle 29: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in der ambulanten Versorgung	90
Tabelle 30: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der ambulanten Versorgung	91
Tabelle 31: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der ambulanten Versorgung	91
Tabelle 32: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der ambulanten Versorgung	92
Tabelle 33: Organisieren von Bewegungsprogrammen in der ambulanten Versorgung	92
Tabelle 34: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken	93
Tabelle 35: Organisieren eines abgeschlossenen Schultungstages für Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken	93
Tabelle 36: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in Rehabilitationskliniken	93
Tabelle 37: Organisieren eines abgeschlossenen Schultungstages für Angehörige in Rehabilitationskliniken	94
Tabelle 38: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken	94
Tabelle 39: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und -therapie in Rehabilitationskliniken	94
Tabelle 40: Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken	95
Tabelle 41: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in Rehabilitations- kliniken	95
Tabelle 42: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in Rehabilitationskliniken	96
Tabelle 43: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in Rehabilitationskliniken	96
Tabelle 44: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in Rehabilitationskliniken	96
Tabelle 45: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in Rehabilitationskliniken	97
Tabelle 46: Organisieren von Bewegungsprogrammen in Rehabilitationskliniken	97
Tabelle 47: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in der Primärversorgung	98

Tabelle 48: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in der Primärversorgung	98
Tabelle 49: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in der Primärversorgung	98
Tabelle 50: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige in der Primärversorgung	99
Tabelle 51: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der Primärversorgung	99
Tabelle 52: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der Primärversorgung	99
Tabelle 53: Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der Primärversorgung	100
Tabelle 54: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung	100
Tabelle 55: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in der Primärversorgung	100
Tabelle 56: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der Primärversorgung	101
Tabelle 57: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der Primärversorgung	101
Tabelle 58: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der Primärversorgung	101
Tabelle 59: Organisieren von Bewegungsprogrammen in der Primärversorgung	102
Tabelle 60: Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege	102
Tabelle 61: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege	103
Tabelle 62: Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige in der häuslichen Pflege	103
Tabelle 63: Organisieren eines abgeschlossenen Schulungstages für Angehörige in der häuslichen Pflege	103
Tabelle 64: Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege	104
Tabelle 65: Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie in der häuslichen Pflege	104
Tabelle 66: Abhalten Videokonferenzen mit Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege	104
Tabelle 67: Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der häuslichen Pflege	105
Tabelle 68: Einsatz einer App für Menschen mit CHI in der häuslichen Pflege	105
Tabelle 69: Bereitstellen von Videos und Podcasts über digitale Medien in der häuslichen Pflege	105
Tabelle 70: Bereitstellen von audiovisuellen Beiträgen über analoge Medien in der häuslichen Pflege	106
Tabelle 71: Organisieren von Gruppen mit Patientinnen bzw. Patienten in der häuslichen Pflege	106

Tabelle 72: Organisieren von Bewegungsprogrammen in der häuslichen Pflege	107
Tabelle 73: Empfehlungen für das Setting stationäre Versorgung	110
Tabelle 74: Empfehlungen für das Setting ambulante Versorgung	111
Tabelle 75: Empfehlungen für das Setting Rehabilitationsklinik	112
Tabelle 76: Empfehlungen für das Setting Primärversorgung	113
Tabelle 77: Empfehlungen für das Setting häusliche Pflege	114
Tabelle 78: Zusammenfassung der empfohlenen Inhalte und Maßnahmen	114

ANHANG A: INTERVIEWLEITFADEN

Teil A: Soziodemografische Daten und erkrankungsbezogene Daten

Wie alt sind Sie? > 50 51-60 61-70 71-80 81+

Geschlecht:

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
- ☐ Divers

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Bildung?

- ☐ Pflichtschule
- ☐ Lehre
- ☐ Berufsbildende mittlere Schule
- ☐ Allgemeinbildende höhere Schule
- ☐ Berufsbildende höhere Schule
- ☐ Kolleg
- ☐ Akademie
- ☐ Hochschule

Welchen Beruf üben Sie aus bzw. haben Sie ausgeübt?

In welchem Bundesland wohnen Sie?

Wo sind Sie aufgewachsen? (*Regionale Unterschiede in den Einstellungen*)

- Stadt Land
- ☐ Zentral Europa
- ☐ Ost Europa
- ☐ Naher Osten
- ☐ Sonstiges

Sind Sie

- ☐ Angehörige(r)
- ☐ Betroffene(r)

Wann haben Sie die Diagnose chronische Herzinsuffizienz erhalten?

- ☐ Unter 1 Jahr
- ☐ 1 bis 3 Jahre
- ☐ 3 Jahre

Wo wurde Ihnen die Diagnose mitgeteilt?

Arztpraxis, Krankenhaus, Ambulanz, Sonstiges

Wie wurde Ihnen die Diagnose mitgeteilt?

- ☐ In einem persönlichen Gespräch
- ☐ Telefonisch
- ☐ Per Post (Übermittlung von Befundergebnissen, etc.)
- ☐ Sonstiges

Welche Diagnose haben Sie erhalten? *(Sollte die Patientin oder der Patient ihre bzw. seine Einstufung nicht kennen, wird diese Frage offen gestellt)*

- ☐ **NYHA I:** *Diagnostizierte Herzkrankheit ohne Symptome und ohne Einschränkung der Belastbarkeit*
- ☐ **NYHA II:** *Leichte Einschränkung der Belastbarkeit. Keine Symptome in Ruhe, sondern erst bei stärkerer Belastung*
- ☐ **NYHA III:** *Starke Einschränkung der Belastbarkeit. Keine Symptome in Ruhe, jedoch bereits bei leichter Belastung*
- ☐ **NYHA IV:** *Persistierende Symptomatik auch in Ruhe*

Was ist Ihr aktuell größtes Problem im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung?

Was benötigen Sie dafür um dieses bewältigen zu können? *(Zur Erstellung eines Determinanten Modells)*

Teil B: Persönliche Bedürfnisse und Interessen

Leitfragen

Wie gehen Sie im Alltag mit Ihrer Erkrankung um?

- Notieren Sie regelmäßig wichtige Werte zu Ihrer Erkrankung? Wenn ja, welche? Wie häufig notieren Sie diese? Wie dokumentieren Sie diese?
- Mit wem reden Sie über Ihre Erkrankung?
- Wie gestalten Sie Ihre Freizeit? Hat sich Ihr Freizeitverhalten durch die Erkrankung verändert? Wenn ja, was hat sich verändert?

Fühlen Sie sich ausreichend über Ihre Erkrankung informiert? Ja/Nein

Wie beurteilen Sie Ihr derzeitiges Wissen über Ihre Erkrankung?

1 2 3 4 5 *(Schulnotensystem)*

Woher beziehen Sie Informationen über Ihre Erkrankung?

Bücher, Schulungen, Workshops, Internet, Apps,...

Wie beurteilen Sie, ob das Gelesene glaubwürdig und richtig ist?

Wie haben Ihnen diese Informationen geholfen, besser mit Ihrer Erkrankung umzugehen?

Nehmen Sie Unterstützungsangebote in Anspruch? Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Schulung für Personen mit einer Herzschwäche besucht? Ja/Nein

- Welche Informationen hätten Sie sich nach Erhalt der Diagnose gewünscht?
- Welche Informationen hätten Sie sich im Krankenhaus gewünscht?
- Welche Informationen wünschen Sie sich jetzt?

Welche Themen würden Sie besonders interessieren?

Interessenslage

Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung psychisch belastet?

- ☐ **Gar nicht**
- ☐ **Kaum**
- ☐ **Mittelmäßig**
- ☐ **Ziemlich**
- ☐ **Sehr**

Wie sehr interessieren Sie sich für Themen rund um die Psyche?

- ☐ **Gar nicht**
- ☐ **Kaum**
- ☐ **Mittelmäßig**
- ☐ **Ziemlich**
- ☐ **Sehr**

Wie sehr interessieren Sie sich für die Funktionsweise des Herzens und wie es zu dieser Erkrankung gekommen ist? (*Ursachen, Risikofaktoren und Funktion des Herzens*)

- ☐ **Gar nicht**
- ☐ **Kaum**
- ☐ **Mittelmäßig**
- ☐ **Ziemlich**
- ☐ **Sehr**

Wie sehr interessieren Sie sich für die unterschiedlichen Beschwerden und Symptome und wie man damit umgehen kann? (*Beschwerden und Symptome*)

- ☐ **Gar nicht**
- ☐ **Kaum**
- ☐ **Mittelmäßig**
- ☐ **Ziemlich**
- ☐ **Sehr**

Wie sehr interessieren Sie sich für die verschiedenen Medikamente, die bei der Behandlung von chronischer Herzschwäche eingesetzt werden? (*Medikation*)

- ☐ **Gar nicht**
- ☐ **Kaum**
- ☐ **Mittelmäßig**
- ☐ **Ziemlich**
- ☐ **Sehr**

Wie sehr interessieren Sie sich für die richtige Bewegung im Alltag?
(*Bewegung und Ernährung*)

- ☐ **Gar nicht**
- ☐ **Kaum**
- ☐ **Mittelmäßig**
- ☐ **Ziemlich**
- ☐ **Sehr**

Wie sehr interessieren Sie sich für die richtige Ernährung bei einer chronischen Herzschwäche? (*Ernährung*)

- ☐ **Gar nicht**
- ☐ **Kaum**
- ☐ **Mittelmäßig**
- ☐ **Ziemlich**
- ☐ **Sehr**

Wie sehr interessiert es Sie, wie man mit Stress besser umgehen kann bzw. würden Sie gerne mehr über stressreduzierende Methoden erfahren oder wie man mit Stress besser umgehen kann (*Stressbewältigung*)

- ☐ **Gar nicht**
- ☐ **Kaum**
- ☐ **Mittelmäßig**
- ☐ **Ziemlich**
- ☐ **Sehr**

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Leitfragen

Wie würden Sie gerne mehr über die genannten Themen erfahren?

- Würden Sie eher Schulungen, Einzelcoachings, oder Gruppentrainings besuchen?
Eher mit anderen Patientinnen bzw. Patienten oder Angehörigen?
- Wie sehr würden Sie lieber etwas darüber lesen? *Lesen/Schreiben*

Wie sollten Bücher, Bilder oder Broschüren Ihrer Meinung nach aufgebaut sein?
(Layout, Texte, Bilder,...)

- Wie sehr würden Sie die Themen lieber anhören? *Hören*

Wie sollten Vorträge oder Videoreihen (Podcasts) Ihrer Meinung nach aufgebaut sein?
(Dauer, Praxistauglich oder Theoretisch)

- Wie sehr würden Sie lieber neue Methoden ausprobieren? *Kinästhetik*

Was würden Sie gerne ausprobieren und Lernen?
(Rezepte, „Sportarten“, Bd. Messen,...)
(Welche Bewegungsarten wären interessant)

- Würden Sie eher eine Kombination aus mehreren Methoden bevorzugen? Wenn ja, welche?

Wie stehen Sie zu einem Tele „monitoring“? *(kurze Erklärung)*

Wie stehen Sie zu Patientinnen- bzw. Patiententagebüchern? *(kurze Erklärung)*

Wie geht es Ihnen im Umgang mit dem Internet?

Würden Sie Apps als Unterstützung verwenden?

(Videos, Artikel, Podcasts, Bewegung, Ernährung, Tagebuch für z.B. Bd. Werte,)

Stellen Sie sich vor Sie haben die Möglichkeit eine Schulung für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzschwäche zu planen und veranstalten. Wie sollte diese Ihrer Meinung nach aussehen.

- Was glauben Sie wie groß ist das Interesse, an so einer Schulung teilzunehmen?
- Wer soll die Schulung gestalten (Ärztinnen, Krankenschwestern, externe Beraterinnen, ... oder Ärzte, Pfleger, externe Berater)
- Wie oft würden Sie ein Treffen organisieren?
- Wie würden Sie den Unterricht gestalten?
 - Würden Sie die Unterlagen eher Praxis orientiert für Zuhause gestalten oder würden Sie die Unterlagen als Lernunterlage gestalten?
 - Welche Inhalte würden Sie reinschreiben?

Was glauben Sie welche Schwierigkeiten könnte es für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben um daran teilzunehmen

- Welche Entfernungen sind die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer bereit zu fahren?
- Wie schätzen Sie die Mobilität der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer ein?
- Welche organisatorischen Probleme könnte es Ihrer Meinung nach noch geben?

Möchten Sie sonst noch etwas hinzufügen?

ANHANG B: EXPERTINNEN- BZW. EXPERTENBEFRAGUNG

Teil A: Soziodemografische Daten

Wie alt sind Sie?

- ☐ ≤ 30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ > 60

Geschlecht:

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
- ☐ Divers

In welchem Bundesland sind Sie tätig?

- ☐ Wien
- ☐ Burgenland
- ☐ Niederösterreich
- ☐ Oberösterreich
- ☐ Steiermark
- ☐ Kärnten
- ☐ Salzburg
- ☐ Tirol
- ☐ Vorarlberg

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- ☐ Kardiologinnen bzw. Kardiologen
- ☐ Internistinnen bzw. Internisten
- ☐ Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner
- ☐ Gesundheits-/Krankenpflege
- ☐ Pflegefachassistenz
- ☐ Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten
- ☐ Klinische & Gesundheitspsychologinnen bzw. Gesundheitspsychologen
- ☐ Pharmazeutinnen bzw. Pharmazeuten
- ☐ Diätologinnen bzw. Diätologen
- ☐ Seelsorge
- ☐ Andere

In welchem Setting arbeiten Sie mit Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz?

- ☐ Klinik-Stationär
- ☐ Klinik Ambulanz
- ☐ Reha Zentrum

- ☐ Primärversorgung
- ☐ Häusliche Pflege
- ☐ Sonstiges

Wie lange arbeiten Sie bereits mit Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz?

Antwort in Monaten: _____

Teil B: Umsetzung relevanter Maßnahmen

Wie relevant und praktikabel schätzen Sie die nachstehenden Maßnahmen im österreichischen Kontext (in Bezug auf die unterschiedlichen Settings: bitte diese hier nochmals anführen) ein, um Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz zu empoweren, die Gesundheitskompetenz zu steigern und/oder die Adhärenz zu verbessern?

Bitte denken Sie an Angebote für das Setting: Stationäre Versorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig  sehr
wichtig

nicht machbar  machbar

Organisieren von Einzelschulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig  sehr
wichtig

nicht machbar  machbar

Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige.

unwichtig  sehr
wichtig

nicht machbar  machbar

Organisieren von Einzelschulungen für Angehörige.

unwichtig  sehr
wichtig

nicht machbar  machbar

Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz/für einen besseren Umgang mit dem Internet oder Apps.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Einsatz einer App für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz um z.B. ein Patiententagebuch zu führen oder um Informationsmaterialien zu verbreiten.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Bereitstellen von Videos & Podcasts für praktische Tipps im Umgang mit chronische Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Bereitstellen von TV-Dokumentationen über chronische Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von Patientinnen- bzw. Patientengruppen.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von Bewegungsprogrammen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Bitte denken Sie an Angebote für das Setting: Ambulante Versorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von Einzelschulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von Einzelschulungen für Angehörige.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie.



Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz/für einen besseren Umgang mit dem Internet oder Apps.



Einsatz einer App für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz um z.B. ein Patiententagebuch zu führen oder um Informationsmaterialien zu verbreiten.



Bereitstellen von Videos & Podcasts für praktische Tipps im Umgang mit chronische Herzinsuffizienz.



Bereitstellen von TV-Dokumentationen über chronische Herzinsuffizienz.



Organisieren von Patientinnen- bzw. Patientengruppen.



Organisieren von Bewegungsprogrammen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Bitte denken Sie an Angebote für das Setting: Rehabilitationsklinik

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von Einzelschulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige.



Organisieren von Einzelschulungen für Angehörige.



Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie.



Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz/für einen besseren Umgang mit dem Internet oder Apps.



Einsatz einer App für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz um z.B. ein Patiententagebuch zu führen oder um Informationsmaterialien zu verbreiten.



Bereitstellen von Videos & Podcasts für praktische Tipps im Umgang mit chronische Herzinsuffizienz.



Bereitstellen von TV-Dokumentationen über chronische Herzinsuffizienz.



Organisieren von Patientinnen- bzw. Patientengruppen.



Organisieren von Bewegungsprogrammen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Bitte denken Sie an Angebote für das Setting: Primärversorgung

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von Einzelschulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige.



Organisieren von Einzelschulungen für Angehörige.



Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie.



Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz/für einen besseren Umgang mit dem Internet oder Apps.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Einsatz einer App für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz um z.B. ein Patiententagebuch zu führen oder um Informationsmaterialien zu verbreiten.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Bereitstellen von Videos & Podcasts für praktische Tipps im Umgang mit chronische Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Bereitstellen von TV-Dokumentationen über chronische Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von Patientinnen- bzw. Patientengruppen.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von Bewegungsprogrammen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Bitte denken Sie an Angebote für das Setting: Häusliche Pflege

Organisieren von modularen Schulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.

unwichtig		sehr
wichtig		
nicht machbar		machbar

Organisieren von Einzelschulungen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von modularen Schulungen für Angehörige.



Organisieren von Einzelschulungen für Angehörige.



Bereitstellen von Broschüren für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Telemedizinische Interventionen wie Telemonitoring und Teletherapie.



Abhalten von Videokonferenzen mit Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Organisieren von Workshops zur Steigerung der Gesundheitskompetenz/für einen besseren Umgang mit dem Internet oder Apps.



Einsatz einer App für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz um z.B. ein Patiententagebuch zu führen oder um Informationsmaterialien zu verbreiten.



Bereitstellen von Videos & Podcasts für praktische Tipps im Umgang mit chronische Herzinsuffizienz.



Bereitstellen von TV-Dokumentationen über chronische Herzinsuffizienz.



Organisieren von Patientinnen- bzw. Patientengruppen.



Organisieren von Bewegungsprogrammen für Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz.



Würden Sie uns sonst noch gerne etwas mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

ANHANG C: ERGEBNISSTABELLE DES STRUKTURIERTEN LITERATURREVIEWS

Autoren, Jahr, Land; AHCPR - Evidenzklassen und Härtegrade nach AHCPR (1992) & SIGN (1996)	Fragestellung und Referenzkonzept (Empowerment, Adhärenz, Gesundheitskompetenz, Wissen, diverse relevante Themen)	Studiendesign, Stichprobe, Setting	Intervention	Ergebnisse
(Aspromonte et al., 2017) Italien AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IV Härtegrad: C	Hat der Aufbau in Bezug auf HI-Therapie begonnen sowie die Implementierung einer Vernetzung zwischen Gesundheitsberufen via Guideline (Behandlungsempfehlungen, Definition von Diagnose-, Management- und Pflegeprozessen) einen Einfluss auf den Erfolg von Behandlungen?	<u>Studiendesign:</u> Fallstudie <u>Setting:</u> Ambulanz	Setting bezogene Intervention	Der Leitfaden schafft einen Mehrwert für Kardiologen, um den fachlichen Input bestmöglich an HI-Patienten zu bringen. Es zeigt eine Möglichkeit, eine effizientere und effektivere Organisation von HI-Patienten zu gewährleisten.
(Baker et al., 2011) USA AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ib Härtegrad: A	Auswirkung einer Telefonintervention auf die Selbstfürsorge. Parameter: Gesundheitskompetenz, Lebensqualität, Wissen über HI und Selbstfürsorge.	<u>Studiendesign:</u> Experimentalstudie (RCT) <u>Setting:</u> Ambulanz	Telemedizinische Intervention	Durch telemedizinische Intervention konnten alle gemessenen Parameter verbessert werden.
Boyde, Peters (2014) Australien AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IA Härtegrad A	Welche Materialien zur Wissensvermittlung bei Patienten mit einem Herzproblem sind effektiv und welche nicht? Die Analyse erfolgte nach den Guidelines für die Entwicklung von Materialien zur Wissensvermittlung.	<u>Studiendesign:</u> Review	Patienten- edukation	Stellt eine effektive Methode zur Analyse der Materialien zur Wissensvermittlung dar, um die positiven Outcomes für die Patienten fördern zu können.

Autoren, Jahr, Land; AHCPR - Evidenzklassen und Härtegrade nach AHCPR (1992) & SIGN (1996)	Fragestellung und Referenzkonzept (Empowerment, Adhärenz, Gesundheitskompetenz, Wissen, diverse relevante Themen)	Studiendesign, Stichprobe, Setting	Intervention	Ergebnisse
Boyne, Vrijhoef (2013) Niederlande AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IV Härtegrad: C	Was sind die Hürden bei der Implementation eines Telemonitoring-Systems in der (Alltags-)Behandlung von Personen mit einem Herzfehler?	<u>Studiendesign:</u> Überblicksarbeit	Telemonitoring	Aus Patientensicht: • Mangel an relevanten Telemonitoring Diensten für HI • Datenschutz • Hohe Komplexität in der Bedienung • Schwache Internetverbindung Aus Sicht von Gesundheitsorganisationen und Experten: • Redundanz des Personals • Keine sofort erkennbaren Vorteile • Eine Empfehlung ohne Erklärung durch med. Personal hat keinen Effekt Keine Kontrolle durch med. Personal aus Organisations-sicht: - o Schwache Evidenz - o Hohe Fehleranfälligkeit
(Buck et al., 2018) Vereinigte Staaten von Amerika AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IV Härtegrad: C	Haben dyadische Selbsthilfeeinsätze (Einhaltung der medizinischen Behandlung, des Bewegungstrainings, der Symptomüberwachung und des Symptommanagements) einen Nutzen für Patienten?	<u>Studiendesign:</u> Systematische Literaturrecherche	Patienten- edukation	Dyadische Selbsthilfeeinsätze haben derzeit eine in konklusive Evidenz.

Autoren, Jahr, Land; AHCPR - Evidenzklassen und Härtegrade nach AHCPR (1992) & SIGN (1996)	Fragestellung und Referenzkonzept (Empowerment, Adhärenz, Gesundheits- kompetenz, Wissen, div. relevante The- men)	Studiendesign, Stichprobe, Setting	Intervention	Ergebnisse
(Burke et al., 2014) Vereinigte Staaten von Amerika AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IV Härtegrad: C	Welche Herausforderungen und Metho- den sehen Pflegekräfte im Umgang mit HI?	<u>Studiendesign:</u> Explorativ <u>Stichprobe:</u> n = 20 <u>Setting:</u> Klinik (Fachpflege)	Interviews	Klinisches Personal kann durch besseres Involvement im Therapieplan, stärkeren Einbezug in Forschungsprozes- sen und einer klaren Vermittlung ihrer Rolle vor der ge- tätigten Intervention womöglich die Folgen für HI- Patienten verbessern.
(Casimir et al., 2013) Staaten von Amerika AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ia Härtegrad: A	Bewertung der Wirksamkeit der patien- tenzentrierten Selbsthilfe-Schulung für Er- wachsene mit HI in Bezug auf Wissen, Selbsthilfeverhalten, Lebensqualität und Wiedereingliederungen.	<u>Studiendesign:</u> Randomisierte kontrollierte Studie <u>Stichprobe:</u> 35 <u>Setting:</u> (spezialisierte) Klinik	Patienten- edukation	Eine patientenorientierte Selbsthilfeausbildung für Pati- enten mit HI kann einen positiven Nutzen haben, indem sie das Wissen über HI, Selbstpflegeverhalten und Le- bensqualität verbessert. Zu den Faktoren, die die Ergeb- nisse beeinflussen können, gehören ein multidisziplinä- rer Teamansatz und die Stärkung der individuellen Bera- tung mit Schwerpunkt bei Pflegeübergängen.
(Ciccone et al., 2010) Italien AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IIa Härtegrad: B	Ist die Etablierung einer ‚Care-Manage- ment-Fachpflege‘, mit speziellem Training in Primärversorgungszentren sinnvoll?	<u>Studiendesign:</u> Machbarkeitsstudie <u>Stichprobe:</u> n = 1160 <u>Setting:</u> Primärversorgungs- zentrum	Patienten- edukation	Erfolgreiche Implementierung von verschiedenen Thera- piestandards durch die Studie sowie signifikante Verbes- serungen des psychosozialen Verhaltens. Verminderung von verschiedenen klinischen Risikofaktoren (BMI, HDL, Blutdruck).
(Cichosz et al., 2019) Dänemark AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IIa Härtegrad: B	Wie wirken sich Telemedizinlösungen im Vergleich zur üblichen Praxis von Patien- ten mit HI auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus?	<u>Studiendesign:</u> Rando- misierte kontrollierte Studie <u>Stichprobe:</u> n = 299	Telemedizini- sche Interven- tion	Die telemedizinische Intervention brachte keinen statis- tisch signifikanten Unterschied.

Autoren, Jahr, Land; AHCPR - Evidenzklassen und Härtegrade nach AHCPR (1992) & SIGN (1996)	Fragestellung und Referenzkonzept (Empowerment, Adhärenz, Gesundheitskompetenz, Wissen, diverse relevante Themen)	Studiendesign, Stichprobe, Setting	Intervention	Ergebnisse
Clark, Spaling et al. 2014 Kanada AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ia Härtegrad A	Zusammenfassung der qualitativen Studienlage zu den Bedürfnissen, Erfahrungen und Präferenzen von Patienten und Pflegenden. Im Fokus lagen qualitative Studien, die die Bedürfnisse von Patienten mit CHI und deren pflegenden Angehörigen zur Steigerung der Selbstpflege zeigen konnten.	<u>Studiendesign</u> Systematisches Review <u>Setting</u> Klinik	Patienten- edukation	Es konnten vier Schlüsselkompetenzen identifiziert werden 1.: Integration der Selbstpflege in normale Lebensmuster, 2.: Rechtzeitiges Erkennen und Handeln bei Symptomen, 3.: Das Wissen der Pflegekräfte über CHI und deren Kenntnisse in der Pflege, 4.: Pflegekräfte, die die Unabhängigkeit der Patienten fördern.
(Holmes et al., 2010) United Kingdom AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IV Härtegrad: C	Erforschung und Verständnis der Erfahrungen mit Pflegeübergängen für ältere Erwachsene mit HI am Lebensende.	<u>Studiendesign</u> : Explorativ <u>Stichprobe</u> : 35 <u>Setting</u> : (spezialisierte) Klinik	Interviews	Personen, die eine langjährige Beziehung zum Hausarzt hatten, beschrieben niedrige Erwartungen an den Arzt und hatten das Gefühl von Kontrollverlust. Ältere Menschen laufen demnach Gefahr, während einer Behandlung die individuelle Kontrolle zu verlieren. Ein Verständnis des biographischen und sozialen Kontextes ist notwendig, um laufende Analysen dazu, wie ältere Menschen Gesundheit und soziale Versorgung am Lebensende wahrnehmen, zu erstellen.
(Jaana et al., 2019) Kanada AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IIa Härtegrad: B	Wie wirkt sich eine telemedizinische Betreuung auf den Krankheitsverlauf von „älteren Patienten“ (≥ 75,2 Jahre) aus und welche Auswirkungen hat diese Intervention auf das Empowerment und die Selbstfürsorge dieser?	<u>Studiendesign</u> : Längsschnittstudie <u>Stichprobe</u> : n = 23 <u>Setting</u> : Eigenheim, Betreuungseinrichtung	Telemedizinische Intervention	Signifikanter Unterschied im Selbstfürsorgeverhalten nach der Intervention sowie eine wahrgenommene Verminderung der in Anspruch genommenen Hilfe durch Angehörige.

Autoren, Jahr, Land; AHCPR - Evidenzklassen und Härtegrade nach AHCPR (1992) & SIGN (1996)	Fragestellung und Referenzkonzept (Empowerment, Adhärenz, Gesundheits- kompetenz, Wissen, diverse relevante The- men)	Studiendesign, Stichprobe, Setting	Intervention	Ergebnisse
(Kane et al., 2018) Irland AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ia Härtegrad: A	Erhebung der Erfahrungen von Patientinnen bzw. Patienten mit einer von Kranken- schwestern geleiteten patientenzentrierten Edukation in Kliniken.	<u>Studiendesign:</u> Qualit. Befragung <u>Stichprobe:</u> n = 18 <u>Setting:</u> Klinik,	Interviews	Die Intervention wirkte sich auf die Versorgungspro- zesse aus, indem sie ein gemeinsames Verständnis der Symptome und Anliegen der Patienten ermöglichte. Die auf die Bedürfnisse der Patienten zentrierte Interven- tion befähigte die Patienten dahingehend, sich stärker an der klinischen Beratung zu beteiligen und ihre uner- füllten Bedürfnisse hervorzuheben.
Kristiansen, Svanholm et al. 2017 Dänemark AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ia Härtegrad A	Ziel dieser Studie war es zum einen, das Schulungsbedürfnis von Patienten mit HI zwischen ambulanten Nachsorgeuntersu- chungen in einer ambulanten HI-Klinik zu identifizieren und zum anderen herauszufin- den, welche Patientengruppe für ein online unterstütztes Lernen interessant ist.	<u>Studiendesign:</u> Qualit. Befragung <u>Stichprobe:</u> n = 24 <u>Setting:</u> Klinik,	PatinetInnen- duktion	Die Bedürfnisse der Patienten sind multifaktoriell und oft von Angst geprägt. Dabei reichen die Fragen von ‚Wo bekomme ich Unterstützung‘ bis ‚Wie gestalte ich meine Selbstpflege‘.
(Mizukawa et al., 2019) Japan AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ib Härtegrad: A	Auswirkung einer telemedizinischen Inter- vention begleitend zu einer Patientenschu- lung.	<u>Studiendesign:</u> Pilotstudie (RCT) <u>Setting:</u> Ambulanz	Telemedizinische Inter- vention	Das Telemonitoring wirkte sich positiv auf die Lebens- qualität, Selbstwirksamkeit und Selbstpflege aus.
(Muschalla et al., 2011) Deutschland AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: III Härtegrad: B	Wie beeinflusst ein dreiwöchiges Schulungs- programm das krankheitsbezogene Wissen, die wahrgenommene gesundheits- und krankheitsbezogene Lebensqualität und mentale Symptome über den Behandlungs- zeitraum von HI-Patienten?	<u>Studiendesign:</u> Explorative Studie <u>Stichprobe:</u> n = 60 <u>Setting:</u> Klinik	Patienten- edukation	Patienten fühlen sich nach dem Rehabilitationspro- gramm besser und erfahren eine Verbesserung ihres Wissens über die Erkrankung, eine Reduktion von Angst- und Depressivitätserleben und eine Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Autoren, Jahr, Land; AHCPR - Evidenzklassen und Härtegrade nach AHCPR (1992) & SIGN (1996)	Fragestellung und Referenzkonzept (Empowerment, Adhärenz, Gesundheits- kompetenz, Wissen, diverse relevante The- men)	Studiendesign, Stichprobe, Setting	Intervention	Ergebnisse
(Piette et al., 2015) USA AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ib Härtegrad: A	Auswirkung einer telemedizinischen Inter- vention auf die Lebensqualität und die Selbstfürsorge über 12 Monate.	Studiendesign: Randomisierten Vergleichsstudie Setting: Ambulanz	Telemedizinische Intervention	Höhere Adhärenz bei Medikationen; bessere Selbstfür- sorge; Senken von depressiven Symptomen.
(Rakhshan et al., 2015) Iran AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IIa Härtegrad: B	Wie beeinflusst eine familienzentrierte Schulung den Krankheitsverlauf von HI- Patienten?	Studiendesign: Randomized Control- led Trial Stichprobe: n = 70 Setting: Klinik	Patienten- und Familieneduka- tion	Signifikanter Unterschied bezüglich Lebensgestaltung im Hinblick zu HI nach der Intervention.
(Rush et al., 2018) Canada AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ia Härtegrad: A	Wie wirken sich Telehealth-Interventionen (Telefon, Internet, Videokonferenzen & TV) auf Patienten mit chronischen Krankheiten verglichen mit herkömmlichen pädagogi- schen Methoden, auf das Krankheitsbezo- gene Wissen, die Selbstpflege und die Le- bensqualität aus.	Studiendesign: Systematic Review	Telefon, Inter- net, Videokon- ferenzen & TV Interventionen	Die Studienlage demonstriert, dass virtuelle Interventio- nen einen effektiveren Weg für die Patientenschulung bieten können. Zudem konnte ein positiver Effekt in Be- zug auf die Lebensqualität und das krankheitsbezogene Wissen gemessen werden.
(Samoocha et al., 2010) Niederlande AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ia Härtegrad: A	Sind webbasierte Interventionen eine Mög- lichkeit, um Patienten-Empowerment im Vergleich zur herkömmlichen Pflege bzw. zu face-to-Face Interventionen zu erhöhen?	Studiendesign: Systematic Review Stichprobe: 14 RCTs	Webbasierte In- terventionen	Webbasierte Interventionen zeigten positive Auswirkun- gen auf das Empowerment, gemessen mit der Diabetes Empowerment Scale, krankheitsspezifischen Selbstwirk- samkeitsskalen und der Pearlin Mastery Scale. Die Er- gebnisse sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert wer- den. Die signifikanten Effekte, die gefunden wurden, waren im Allgemeinen gering.

Autoren, Jahr, Land; AHCPR - Evidenzklassen und Härtegrade nach AHCPR (1992) & SIGN (1996)	Fragestellung und Referenzkonzept (Empowerment, Adhärenz, Gesundheitskompetenz, Wissen, diverse relevante Themen)	Studiendesign, Stichprobe, Setting	Intervention	Ergebnisse
(Shearer et al., 2007) Vereinigte Staaten von Amerika AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IIa Härtegrad: B	Wie beeinflusst eine telefonisch vermittelte Empowerment Schulung durch Fachpflege die Adhärenz und den Therapieverlauf von HI Patienten?	<u>Studiendesign:</u> Randomized Controlled Trial <u>Stichprobe:</u> n = 90 <u>Setting:</u> Krankenhaus	Telemedizinische Intervention	Es gab eine Steigerung der Selbstfürsorge der HI Patienten.
(Verheijden Klompstra et al., 2014) Schweden AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: IV Härtegrad: C	Sind Fitnessspiele („Exergames“) nützlich, um die Aktivität von älteren Erwachsenen mit HI zu erhöhen und sie dabei zu unterstützen, körperlich aktiver zu werden?	<u>Studiendesign:</u> Literaturrecherche <u>Stichprobe:</u> 11 RCTs	Physische Aktivität	Die Teilnehmer erlebten ein verbessertes Gleichgewicht und berichteten von einer verbesserten kognitiven Funktion nach den Fitnessspielen. Depressive Symptome nahmen ab und die Patienten berichteten von verbesserter Lebensqualität und Empowerment.
(Yeh et al., 2016) Vereinigte Staaten von Amerika AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ib Härtegrad: A	Hat eine zwölfwöchige Tai-Chi-Intervention einen Effekt auf physiologische und psychologische Parameter (soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, Ernährung) bei Patienten mit HI	<u>Studiendesign:</u> Randomized Controlled Trial; Interviews <u>Stichprobe:</u> n = 100	Zwölfwöchiges Tai-Chi-Programm	Die Tai-Chi-Gruppe gab den Menschen ein stärkeres Gefühl von Empowerment, sowie ein Gefühl der wiedererlangten Kontrolle von sich.
(Zan et al., 2015) Vereinigte Staaten von Amerika AHCPR (1992) & SIGN (1996) Evidenzklasse: Ia Härtegrad: A	Ziel dieser Pilotstudie war es, die Machbarkeit des Einsatzes eines elektronischen, webbasierten Systems zur Selbstbehandlung von Krankheiten bei Patienten mit HI zu bewerten.	<u>Studiendesign:</u> Pilotstudie <u>Stichprobe:</u> 25 <u>Setting:</u> Ambulanzen	Webbasierte Intervention	Diese Pilotstudie zeigte die Machbarkeit eines schwach-intensiven Fernüberwachungsprogramms, das gängige mobile und tragbare Endverbrauchergeräte nutzt, um die Versorgung einer relativ jungen Gruppe von ambulanten Patienten mit HI zu verbessern.

Teil III

Fortbildung von Gesundheitsberufen



Neumann-Ponesch, Silvia

FH Oberösterreich, 2021

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BÄK	Bundesärztekammer Deutschland
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
DMP	Disease-Management-Programm
EACH	International Association for Communication in Healthcare
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HFN	Heart Failure Nurse
HI	Herzinsuffizienz
IV	Integrierte Versorgung

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	154
1. HINTERGRUND UND ZIELE	157
2. METHODISCHES VORGEHEN	157
3. HERAUSFORDERUNGEN FÜR GESUNDHEITSBERUFE IN DER GESUNDHEIT- LICHEN VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHER HERZINSUFFIZIENZ (IN DER IV)	158
4. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	159
4.1. Ergebnisse aus den Interviews	159
4.1.1. Darstellung der Stichprobe und der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner	159
4.1.2. Darstellung ‚Herausforderung in der Arbeit mit Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz‘	160
4.1.3. Darstellung ‚Herausforderung in der Arbeit im multiprofessionellen Team‘	161
4.1.4. Darstellung ‚Kompetenzen der Gesundheitsprofessionals‘ und ‚Fortbildungsinhalte‘	161
4.1.5. Darstellung ‚Formatvorschläge und Dauer von Fortbildungen‘	164
4.2. Ergebnisse aus der Literaturrecherche	164
4.2.1. Referenzkonzepte und Orientierungsrahmen	168
4.2.2. Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz für Kardiologinnen bzw. Kardiologen	172
4.2.3. Zusatzqualifikation Kardiologie für Pflege	173
4.2.4. Fortbildung/Zusatzqualifikation Ordinationsassistentz Kardiologie	173
5. EMPFEHLUNGEN	174
5.1. Qualifikationsniveaus	175
5.2. Fortbildung Pflegende des gehobenen Dienstes (und Medizinerinnen bzw. Mediziner)	177
5.3. Fortbildungen Medizinerinnen bzw. Mediziner	181
5.4. Weitere multiprofessionelle Kompetenzvertiefungen	182
6. VERZEICHNISSE	183
6.1. Literaturverzeichnis	183
6.2. Abbildungsverzeichnis	186
6.3. Tabellenverzeichnis	186

1. HINTERGRUND UND ZIELE

Die Fachhochschule Oberösterreich wurde im Rahmen der Konzeptentwicklung eines einheitlichen, modularen Disease-Management-Programms (DMP) zum Thema ‚Chronische Herzinsuffizienz‘ (CHI) von Seiten des Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) mit der Teilkonzeption „Fortbildung von Gesundheitsberufen“ beauftragt.

Dabei gilt es in Abstimmung mit weiteren Teilprojektgruppen Empfehlungen zur Fortbildung jener Gesundheitsberufe zu erarbeiten, die mit Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und deren Angehörigen zusammenarbeiten. Eines der wichtigsten Ziele des Konzepts ist es, Fort- und Weiterbildungskomponenten zu benennen, die Gesundheitsprofessionals dazu befähigen, Patientinnen bzw. Patienten, Klientinnen bzw. Klienten, Bewohnerinnen bzw. Bewohner und ihre Angehörigen zu empowern. Dies setzt u.a. voraus, dass das eigene individuelle Empowerment, das Sich-selbst-befähigt-Fühlen, im Umgang mit den Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen gestärkt ist. Ebenso sind organisatorische Voraussetzungen im Sinne eines Community Empowerments vonnöten, um im Sinne der Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen gestalten zu können (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005; Herriger, 2002, 2014; Kleinhenz, 2015; Lenz, 2002; Pankhofer, 2000; Pankofer, 2000). Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen verschiedener Ausformungen dienen diesem Zweck. In der Gestaltung der Vorschläge für das Fortbildungskonzept wird der Effektivität der Fortbildungen und der praktikablen Umsetzung besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Gesetzliche Möglichkeiten, v.a. der Berufsgesetze, sind ebenso berücksichtigt wie strategische Vorgaben bspw. des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, in dem eine integrierte abgestimmte Versorgung der Bevölkerung ausdrücklich betont wird. Innovative und für Österreich neuartige Ansätze werden in diesem Zusammenhang ebenfalls zur Diskussion gestellt.

2. METHODISCHES VORGEHEN

Für die Entwicklung eines Fortbildungskonzepts wurde folgendes methodisches Vorgehen ausgewählt:

- Strukturierte Literaturrecherche in den Datenbanken Embase, Cinahl, Pubmed und Cochrane u.a. zu den Stichwörtern in Deutsch und im Englischen zu Herzinsuffizienz, Fortbildung, Weiterbildung, Curriculum, Heart Failure Nurse, Cardiac Nurse, Kompetenzen, Projekte und Herausforderungen.
- Gespräche bzw. Interviews mit qualitativem Charakter anhand eines Leitfadens. Befragungsschwerpunkte waren:
 - Herausforderungen bzw. Bedarfsklärung in der Therapie und Betreuung von Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz,
 - die daraus abgeleiteten Kompetenzen, deren Priorisierung,
 - und die für die Befragten jeweils als wichtig erachteten Inhalte einer Fortbildung sowie
 - präferierende Fortbildungsformen (Stundenanzahl, Abschlüsse udgl.).
- Als Stichprobe wurden Gesundheitsprofessionals ausgewählt, die mindestens zehn Jahre Berufserfahrung besitzen und im Zuge ihres Arbeitsalltags mindestens drei Jahre mit Personen, die durch chronische Herzinsuffizienz direkt oder indirekt betroffen sind, in regelmäßigem Kontakt stehen. Des Weiteren war es das Ziel, Exper-

tinnen bzw. Experten, die Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen beratend zur Seite stehen und nicht der Gruppe der klassischen Gesundheitsberufe angehören, ebenso zu befragen wie bspw. Psychologinnen bzw. Psychologen oder Expertinnen bzw. Experten der Integrierten Versorgung (IV). In mindestens fünf Bundesländern sollten Befragungen durchgeführt werden, ebenso war geplant, wenige Interviews im deutschsprachigen Ausland durchzuführen.

- Induktive Herangehensweise bei der Entwicklung der Empfehlung zu Fortbildungskonzepten im Sinne eines aufgaben- und handlungsorientierten Analyse- und Syntheseansatzes (BMUKK, 2012) unter Beachtung des NQR (Nationaler Qualitätsrahmen) (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, o.D.)

3. HERAUSFORDERUNGEN FÜR GESUNDHEITSBERUFE IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHER HERZINSUFFIZIENZ (IN DER IV)

Die Herausforderungen für Gesundheitsberufe im Rahmen eines (zukünftigen) Disease-Management-Programms können – angelehnt an die GÖG (2019) – in (1) patienten-, klienten- und bewohnerbezogene, (2) personalbezogene, (3) netzwerk- und organisationsbezogene sowie (4) gesundheitsbezogene Aspekte gegliedert werden. In Tabelle 1 werden auszugsweise sowohl gegenwärtige als auch zukünftige Aspekte in der Versorgung von Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz in Disease-Management-Programmen dargestellt. Die angeführten vielfältigen Aspekte stehen in Abhängigkeit zu den definierten Rollen und Verantwortlichkeiten der Gesundheitsprofessionals in den Disease-Management-Programmen als mögliche Ansätze in der Gestaltung von Fortbildungen¹ der Leistungsanbieterinnen bzw. Leistungsanbietern.

Tabelle 1: Aspekte an Gesundheitsprofessionals in der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten in Disease-Management-Programmen (in Anlehnung an GÖG, 2019)

Patienten-, klienten- und bewohnerbezogene Aspekte	Personalbezogene Aspekte
Personenbezogene Versorgung und Prozessverantwortung	Personalrekrutierung und -erhaltung im DMP
Gesundheitsförderung und Prävention	Bestehender zukünftiger Fachkräftemangel
Edukation und Förderung des Selbstmanagements/Empowerments	Attraktivität, im DMP mitzugestalten
Gesundheitskompetenz	Karrieremodelle im DMP
Palliativversorgung	Altersgerechter Arbeitsplatz im DMP
Weitere Besonderheiten: z.B. Beachtung des Migrationsstatus, des familiären Umfelds, der Generationsfrage, Diversität	Kulturelle Vielfalt
	Skill- und Grademix
	Professionelle Autonomie in (neuen) Handlungsfeldern

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Text der Begriff „Fortbildung“ verwendet, auch wenn in manchen Berufsgesetzen zwischen den Begriffen Fort-, Weiter- und Sonderausbildung unterschieden wird.

Patienten-, klienten und bewohnerbezogene Aspekte	Personalbezogene Aspekte
	Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit
	Transorganisatorische Zusammenarbeit
Organisationsbezogene Aspekte	Gesundheitssystembezogene Aspekte
Netzwerkdefinition und -management	Orientierung an ‚Health in all Policies‘
Nahtstellendefinition in der transorganisatorischen Zusammenarbeit	Finanzierung der DMP
Leistungserfassung und Messung der Versorgungsqualität	Anbot und Nutzung der DMP durch die Bürger
Klinische Forschung	Marketing
Anpassung des Leistungsangebots an die Kostenstruktur	Koordination und Kontinuität in einem fragmentierten System
Stärkung/Ausbau der digitalen Gesundheitsversorgung	

4. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

4.1. Ergebnisse aus den Interviews

Die folgende Zusammenfassung stellt die Vielfalt und die Qualität der Antworten in den Vordergrund. Die Darstellung von Quantitäten der Interviewergebnisse sind in diesem Kapitel von untergeordneter Bedeutung.

4.1.1. Darstellung der Stichprobe und der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner

Die angeführten Ergebnisdarstellungen resultieren aus in Tabelle 2 und 3 dargestellten Probandengruppen und Settings. Insgesamt 18 Personen (das entspricht annähernd der Hälfte der telefonisch oder mittels E-Mail angefragten Personen) meldeten sich trotz mehrmaliger Bitte für ein Interview entweder nicht zurück oder lehnten eine Mithilfe ab.

Tabelle 2: Rollen, Anzahl und Herkunft der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner

Rolle	Anzahl	Bundesland
Kardiologen	4	Oberösterreich, Steiermark, Tirol, Wien
Allgemeinmediziner	2	Vorarlberg
(Spezialisierte) diplomierte Pflegekräfte ²	7	Niederösterreich, Oberösterreich, Tirol, Wien, Deutschland
Sonstige – z.B. Experten der IV, Forscher, Qualitätsmanager, Psychotherapeuten, Ausbilder ³	5	Oberösterreich, Tirol, Wien, Deutschland
Ordinationsassistenten	1	Berufsverband der Arztassistenten Österreich
Σ	19	

² Spezialisierte Pflegekräfte sind diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, die über eine vertiefte Fort- oder Weiterbildung im Fachbereich CHI verfügen.

³ Ausbilderinnen bzw. Ausbilder sind Personen, die entweder im Fachbereich CHI in den Aus- und Weiterbildungsstätten unterrichten und/oder qualitativ für die Aus- und Weiterbildung verantwortlich sind.

Die Interviews wurden in folgenden Settings⁴ durchgeführt:

Tabelle 3: Interviewsettings

Setting	Anzahl
Krankenhaus	7
Rehazentrum	3
Ordination/Hausarztpraxis	6
Integrierte Versorgung	4
Aus- und Weiterbildung/Forschung	3
Sonstige Selbstständigkeit	2

Die Interviews dauerten zwischen 20 und 80 Minuten. Das Gesagte wurde von der Interviewerin in Stichworten niedergeschrieben und den Probandinnen bzw. Probanden anschließend mit der Bitte um Korrektur und Ergänzung zugesandt. Die angeführten Endergebnisse leiten sich aus Aussagen der in Tabelle 2 angeführten Rollen ab. Dabei ist zu betonen, dass bereits in den ersten drei geführten Interviews mit Gesundheitsanbieterinnen bzw. Gesundheitsanbietern so gut wie alle Informationen angesprochen wurden und die nachfolgenden kaum neue Erkenntnisse brachten. Eine starke Redundanz (der Inhalte in „Fachwissen“, „Kommunikation“ und „Empowerment“, siehe Abbildung 2) war festzustellen.⁵

4.1.2. Darstellung ‚Herausforderung in der Arbeit mit Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz‘

Die Lebenswelt der Klientinnen bzw. Klienten wird von den Probandinnen bzw. Probanden inzwischen als sehr heterogen beschrieben. Es geht um das Leben in all seinen Facetten trotz chronischer Erkrankung: von der Urlaubs- und Familienplanung bis hin zur Arbeitsplatzgestaltung. Von mehreren Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartnern ist als DIE Herausforderung genannt, verschiedene Wahrnehmungen und Erwartungen der Patientinnen bzw. Patienten zu erfassen: *„Wie gelingt es, die unterschiedlichen Bedürfnisse bei den Patientinnen bzw. Patienten abzuholen? Und dies ihrer bzw. seiner Lebenssituation angepasst.“* Eine Interviewpartnerin bzw. ein Interviewpartner spricht von dem notwendigen Feeling *„das richtige Ausmaß zu finden, die Zügel richtig anzuziehen bzw. zu lockern“* (Interview 19). Eine andere Interviewperson beschreibt *„die Alltagskompetenz der Klientinnen bzw. Klienten zu identifizieren und auf deren Bedarfe eingehen können“* als Herausforderung (Interview 16). Das Verhalten der Patientinnen bzw. Patienten ist unmittelbar nach einem Akutgeschehen den Empfehlungen der Gesundheitsprofessionals folgend, doch die Disziplin und die Compliance lässt mit zunehmender Steigerung des Wohlbefindens nach. Darüber hinaus seien manche Patientinnen bzw. Patienten ohnedies „nicht belehrbar“ und es sei schwierig, an diese „heranzukommen“. Die Partizipation der Patientinnen bzw. Pati-

⁴ Eine Mehrfachzuordnung ist möglich, bspw. Internistin/Internist im Krankenhaus und in der (eigenen) Ordination als Selbstständige/Selbstständiger tätig.

⁵ An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an die interviewten Personen, die sich aus folgenden Organisationen zur Verfügung gestellt haben: Ausbildungszentrum West Tirol, Gesundheit Österreich GmbH, HerzReha Bad Ischl, Universitätsklinikum Graz, Oberösterreichische Gesundheitsholding, Tirol Kliniken, AKH Wien, Elisabeth-Krankenhaus in Essen (D), Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier (D), ENIG Institut, Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung Henstedt-Ulzburg (D) und freiberufliche Personen wie Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner, internistische Fachmedizinerinnen/Fachmediziner sowie Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten

enten über einen langen Therapiezeitraum sicher zu stellen, sei eine allgegenwärtige Aufgabe. In diesem Sinne kann festgestellt werden, dass die klassischen Schulungsangebote, in denen die Patientinnen bzw. Patienten körperlich anwesend sind, nicht mehr ausreichen. Die Gesundheitsanbieterinnen bzw. Gesundheitsanbieter betonen insbesondere den vermehrten und vertieften Kommunikationsaufwand, um Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörige zur nachhaltigen Mitarbeit zu motivieren. Alle Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner haben diese Herausforderung verbal bekräftigt.

4.1.3. Darstellung ‚Herausforderung in der Arbeit im multiprofessionellen Team‘

Die Herausforderungen und Aufgaben der Gesundheitsanbieterinnen bzw. Gesundheitsanbieter stellen sich in der individuellen Begegnung mit den Patientinnen bzw. Patienten dar. Wie kann das multiprofessionelle Team diese Begegnungen und Bewertungen gemeinsam erfassen und daraus ebenso Möglichkeiten für Therapie, Pflege und Betreuung nutzen? Wie kann das Wissen, das diesem Ziel dient, auch bei den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern verbreitet und nachhaltig implementiert werden? Im Besonderen wird auf die Bedeutung der systematischen und abgestimmten Beratung zur Risikominimierung und Gesundheitsförderung hingewiesen, sowie die Notwendigkeit zur Koordination und Kooperation, insbesondere im niedergelassenen Bereich, betont. Der Wunsch nach einem lückenlosen Informationsfluss zwischen den am Behandlungsprozess Beteiligten wird unterstrichen. U.a. können dadurch vorkommende Doppelgleisigkeiten hintangehalten werden.

Das nach wie vor große hierarchische Gefälle sowie der Mangel an Vertrauen, am Verständnis für die Arbeit anderer Berufsgruppen und an Anerkennung (benannt wurde die Medizin gegenüber der Pflege) behindert eine Zusammenarbeit zwischen den notwendigen Playern und schöpft Kompetenzen in den Arbeitsumfeldern nicht aus. Mehrfach wurde die Notwendigkeit, die Hierarchie zwischen Ärzteschaft/Pflege zu entschärfen, betont: *„die Patientinnenversorgung bzw. Patientenversorgung gelingt deutlich besser, wenn diese nicht vorhanden ist!“* (Interview 16, sinngemäß Interview 10, 11 und 13).

4.1.4. Darstellung ‚Kompetenzen der Gesundheitsprofessionals‘ und ‚Fortbildungsinhalte‘⁶

14 von 19 Interviewteilnehmerinnen bzw. -teilnehmern gaben an, dass sie keine Erfahrung mit Disease-Management-Programmen besitzen. Ihre Aussagen beziehen sich somit lediglich auf Erfahrungen ihres unmittelbaren Arbeitsumfeldes. Vertiefende Fragen im Sinne zukünftiger Netzwerkarbeit erbrachten wenig neue und innovative Ideen. Dies begründet sich meist in der stark rituellen Ausrichtung und der definierten (meist nicht schriftlich festgehaltenen) Prozesse ihres (täglichen) Handlungsfeldes, in denen sie seit vielen Jahren tätig sind. Dennoch lassen sich aus den Antworten der Probandinnen bzw. Probanden Muster bzw. eigens in fast allen Interviews genannte Schwerpunkte ableiten. Diese werden in Abbildung 1 graphisch dargestellt:

⁶ Fortbildungsinhalte und Kompetenzen wurden von den Probandinnen bzw. Probanden häufig synonym verwendet.

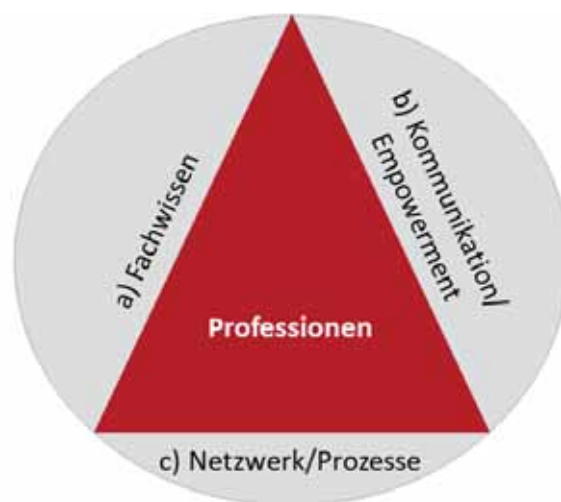


Abbildung 1: Kompetenzschwerpunkte der Gesundheitsanbieterinnen bzw. Gesundheitsanbieter in der Integrierten Versorgung/im DMP (eigene Darstellung)

In Tabelle 4 ist die Zuordnung der von den Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartnern genannten Kompetenzen⁷ der Probandinnen bzw. Probanden in die Bereiche a) Fachkompetenz, b) Kommunikationskompetenz und Kompetenz im Empowerment sowie c) in die Kompetenz Netzwerkarbeit und Prozesse ersichtlich. Manch genannte Kompetenz lässt sich nicht eindeutig in eine der drei Dimensionen einordnen. Doppelzuordnungen unterstreichen die besondere Bedeutung der genannten Kompetenzen! So kann bspw. die Kompetenz zur Fallarbeit oder zur Edukation einmal als inhaltliche (was umfasst diese) und ein andermal als didaktische kommunikative Komponente (wie ist diese durchzuführen) verstanden werden. Die beiden Kompetenzbereiche Fachwissen und Kommunikation/Empowerment sind eng miteinander verknüpft und wurden als besonders wichtig erachtet, was die unterschiedliche Größendarstellung in der Abbildung erklärt.

Tabelle 4: Kompetenzangaben⁸ der Interviewpartnerinnen/Interviewpartner in den Schwerpunkten Fachwissen, Kommunikation/Empowerment und Netzwerke/Prozesse

Kompetenzen Fachwissen	Kompetenzen Kommunikation/ Empowerment	Kompetenzen Netzwerk/Prozesse
• Somatisches und anatomisches Wissen • Biopsychosoziale Anamnese und deren Integration in der Versorgung • Fähigkeit, Edukation auszuüben: Übersetzungsleistung der Professionals – Herbeiführung von Nachhaltigkeit	• Gesprächskompetenz – patientenzentrierte Beratungs-/Schulungs-/Edukationskompetenz • Compliance/Adhärenz • Kenntnisse über praktische Werkzeuge für die Zusammenarbeit • Beziehungskompetenzen • Angehörigenarbeit	• Kompetenzen im Entlassungsmanagement • Care Management • Kompetenzen im Case Management • Gestalten in multiprofessionellen Teams • Arbeiten in/mit Hierarchien

⁷ Die Kompetenzausdrücke der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner wurden übernommen. Demzufolge bildet sich eine genannte Kompetenz in weiterer Folge auch als Inhalt für die Fortbildung ab.

⁸ Es wurden die Worte der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner übernommen, somit sind hier angeführte Kompetenzen manchmal mehr als Themen bzw. mögliche (Fortbildungs)inhalte zu betrachten.

Kompetenzen Fachwissen	Kompetenzen Kommunikation/ Empowerment	Kompetenzen Netzwerk/Prozesse
• Systematische Dokumentation • Fallbesprechung • Symptommanagement • Klinisches Assessment • Fachliches Leadership • Psychokardiologie (z.B. Depressionen, Ausgrenzung) • Palliative Care (alle Berufsgruppen) • Vertiefte Pharmakologie	• Fähigkeiten zu einem ganzheitlichen Blickwinkel • Kompetenz zur Fallarbeit und -führung • Kenntnisse über gegenseitige Aufgaben/Rollen • Werte/Ethik für die interprofessionelle Praxis, Teams und Teamarbeit. • Fähigkeit, wichtige Informationen von unwichtigen zu unterscheiden • Digitale Kompetenz • Transferkompetenz: Wie erreichen die Mitarbeiter ihre Patienten? • Motivationsmanagement • Organisationsübergreifendes Denken bzw. am gleichen Strang ziehen • Selbstmanagementkompetenz	• Naht-/Schnittstellenmanagement • Führen in Netzwerken • Rechtliche Kompetenzen • Gesundheitsökonomische Kompetenzen

Für die befragten Personen steht außer Frage, dass – abhängig vom Versorgungsauftrag und dem individuellen Patientinnen- bzw. Patientenbedarf – ein gutes Fundament **Fachkompetenz**, je nach Wissen, Kompetenz und Einsatzgebiet der Gesundheitsprofessionals, eine *Conditio sine qua non* der Versorgung darstellt. Medizinische Spezialistinnen bzw. Spezialisten im Umgang mit chronisch-herzinsuffizienten Patientinnen bzw. Patienten heben eine fachliche Vertiefung bei Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner sowie diplomierten Pflegekräften hervor. Betont wurde insbesondere sowohl von Medizinerinnen bzw. Mediziner, als auch von Pflegekräften die Fähigkeit, Patientinnen bzw. Patienten führen zu können, was sich im Ausdruck ‚Fachliches Leadership‘ wiederfindet und in mancher Pflegeweiterbildung gelehrt wird (ESC-Curriculum). Für Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten, so die Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner, sei eine Fachvertiefung nur bedingt von Bedeutung, da ihre Aufgaben in erster Linie organisatorischer Natur seien. Durch die Interviews erhobene Fachkompetenzen werden in Abbildung 2 vollständig dargestellt. Dieser Bereich wurde von den Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartnern am häufigsten angesprochen und ausformuliert. Wird die Fachlichkeit ohnedies vorausgesetzt, ist die Fähigkeit zur Kommunikation mit Patientinnen bzw. Patienten und Partnerinnen bzw. Partnern im Netzwerk nicht selbstverständlich gegeben.

Die Kompetenzbereiche **Kommunikation** und **Empowerment** sind maßgeblich dafür verantwortlich, wie das Fachwissen bzw. die Informationen bei den Patientinnen bzw. Patienten, aber ebenso wie Akzeptanz, Wertschätzung und „Aufruf“ zur Partizipation im Versorgungsprozess ankommt. Wie gelingt es, Vertrauen auszubauen? Wie kann der Professional unterstützend mitwirken, Wissen nachhaltig in Handlung umzusetzen und dadurch die Gesundheitskompetenz stärken? Für ein vertieftes Verständnis der Problemlagen der Patien-

tinnen bzw. Patienten betonen die interviewten Gesundheitsprofessionals, sei eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Herangehensweise über regelmäßigen gemeinsamen Austausch besonders relevant. Beispielsweise machen das Besprechen komplexer Fälle, in Form von Fallbesprechungen, Unsichtbares sichtbar sowie für Medizinerinnen bzw. Mediziner und Pflegekräfte die daraus abgeleiteten Aufgaben in Therapie und Pflege bewältigbar.

Im Kompetenzbereich **Netzwerk/Prozesse** wurde vor allem das schnittstellenübergreifende Arbeiten im Case-, Care- und Netzwerkmanagement genannt. Dazu bedürfe es innerhalb der Berufsgruppen einer Zusammenarbeit auf „gleicher Augenhöhe“, weshalb empfohlen wurde, vor allem berufserfahrene Pflegekräfte im DMP einzusetzen. Spezielle Kenntnisse der Gesundheitsprofessionals im Prozessmanagement und in der Netzwerkarbeit seien nicht vonnöten. Im Speziellen dann nicht, wenn die Abläufe und Verantwortlichkeiten genau vordefiniert sind. Ein Zusammenarbeiten auf Augenhöhe zwischen den Berufsgruppen sichere eine gute Kooperation.

4.1.5. Darstellung ,Formatvorschläge und Dauer von Fortbildungen‘

Die Vorschläge der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner reichen von wenigen Stunden über einige Semester, von nieder- bis hochschwierig. Eine gute Kompetenzgrundlage, unabhängig der zugrundeliegenden Ausbildung, sei für alle Personen, die professionell mit chronischen Herzpatientinnen bzw. Herzpatienten und deren Angehörigen zu tun haben, vonnöten und eine umfassendere Fortbildung wünschenswert. Allerdings zeigen die realen Gegebenheiten – so die Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner, dass die organisatorischen Mittel zur Fort- und Weiterbildung beschränkt seien, und im Weiteren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter zusehends nicht mehr bereit seien, Fortbildungen aus eigener Initiative und „eigener Tasche“ zu absolvieren.

Lernmöglichkeiten sollen sowohl klassisch als Seminare, Workshops, Trainings udgl. als auch vertiefend bei Kongressen angeboten werden. Digitale Angebote sollten vermehrt forciert werden. Ziel ist dabei, Theorie in die Praxis umzusetzen, so wurde in einem Interview auch das Lernen mit Patientinnen bzw. Patienten in deren Lebensumfeld genannt. Das „Erarbeiten von Agilität“ sei grundsätzlich wichtig. Zugrundeliegende Ergebnisorientierung und Eigenverantwortung während der Fortbildung sollen als Entwicklungsparameter dienen. Multiprofessionelle Trainings werden von allen als wertvoll benannt, allerdings aufgrund der geringen Bereitschaft zur Multiprofessionalität als wenig realistisch angesehen.

Das Lehren und Lernen in Modulen wird von allen befürwortet. Packages sollen geschnürt werden, um Anerkennung von Modulen bzw. Lehrveranstaltungen zuzulassen und eine Weiterführung im Bildungssektor zu ermöglichen.

4.2. Ergebnisse aus der Literaturrecherche

In diesem Kapitel erfolgt eine exemplarische Wiedergabe des breiten, sehr heterogenen Fortbildungsspektrums.

Die Bundesärztekammer Deutschlands (BÄK) (2019, S. 38–39) empfiehlt in ihrer Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz, abgeleitet von internationalen Leitlinien, strukturierte Schulungen für Patientinnen bzw. Patienten zu Schlüsselthemen mit dem Ziel, deren Selbsthilfekompetenz zu stärken.

Diese Themenbereiche lauten:

- Wissen über die Erkrankung,
- Nicht-medikamentöse Therapie und Lebensstil,
- Medikamentöse Therapie,
- Invasive Therapie,
- Selbstmanagement,
- Sexuelle Aspekte,
- Psychosoziale Aspekte,
- Spezielle Versorgungsformen,
- Hilfsangebote,
- Führen von Kraftfahrzeugen und Reisen,
- Palliativversorgung.

Die dazugehörigen exemplarischen Inhalte der 13 genannten Themenbereiche können der Versorgungsleitlinie (BÄK et al., 2019, S. 38–39) als vertiefende Information entnommen werden. Sicherzustellen ist, dass jene Fachpersonen, die die Schulungen verantworten und durchführen, über spezifisches Wissen und Kompetenzen verfügen, die über eine Grundausbildung hinausgehen. *„Chronische Erkrankungen erfordern das Integrieren von Behandlungsschritten in den Alltag, und Gesundheitsfachkräfte müssen in der Lage sein, den Patienten dabei zu unterstützen mit der Krankheit zu leben [...] [D]er zunehmende Bedarf an gesundheitsedukativen Leistungen [muss] sich in der Ausbildung für Gesundheitsberufe widerspiegeln.“* (Riedel & Czipionka, 2012, S. 1). Ein möglicher Hinweis auf Fortbildungsinhalte bei Professionals gibt u.a. die Meta-Analyse von Oyanguren et al. (2016), die die Wirkung verschiedener „Schulungsangebote“ bei Patientinnen bzw. Patienten ausweist. In 66 gesichteten Reviews von 1990 bis 2014 aus 18 Ländern zeigten sich Signifikanzen in der Senkung der Mortalität und Hospitalisierung von Patientinnen bzw. Patienten in Bezug zur Wissens- und Handlungsvermittlung durch Professionals. Die Schulungen umfassten Bewegung, Therapie, Symptome, Komplikationen und das Führen eines Tagebuchs.

Von Bedeutung ist nicht nur das ‚Was‘, sondern ebenso das ‚Wie‘ der Kommunikation. Eine gut funktionierende Kommunikation mit den Patientinnen bzw. Patienten und unter den Gesundheitsprofessionals ist einer der Schlüsselfaktoren für Adhärenz und zu erzielender Gesundheitskompetenz. Als Beispiel sei die Intercare-Studie aus der Schweiz (Camenizid, 2020) genannt, in der abgeleitet ist, dass mehr als 42 % der Spitalseinweisungen aus Pflegeheimen von Heimbewohnerinnen bzw. Heimbewohnern mit bspw. dekompensierter Herzinsuffizienz (HI) und entgleistem Diabetes vermeidbar gewesen wären. Der Leiter der Studie, Dr. Simon (ebd.), führt als einen der Hauptgründe Mängel in der Kommunikation zwischen Pflegeheim und Hausärzteschaft an.

‚Kommunikation‘ ist das Querschnittsthema über alle Arten von Fachlichkeit über alle Professionen hinweg. Das Wissen um die Bedeutung gut geführter Gespräche findet sich in mehreren Strategiepapieren wieder: „Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur“ des BMGF (2016), im „Kompetenzprofil Kernteam“ der Zielsteuerung-Gesundheit (BMASGK, 2019) und insbesondere in den Ausführungen der EACH: International Association for Communication in Healthcare (kurz: EACH).

Abbildung 2 hebt die Bedeutung und die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Gesprächsqualität‘ in der Gesundheitsversorgung hervor. Die vier Dimensionen guter Gesprächsqualität sind Indikatoren für (zukünftige) Fortbildungsinhalte der Gesprächsführung (GÖG & BMG, 2015, S. 55):

- Medizinisch-inhaltliche Ebene („gute Medizin“),
- Psychosoziale Ebene („gute Beziehung“),
- Sprachlich-interaktive Ebene („gute Gesprächsführung“),
- Ebene des Gesprächssettings („gutes Umfeld“)

Gute Gesprächsqualität trägt in vielfältiger Weise sowohl zu besseren Outcomes bei Patientinnen bzw. Patienten als auch zur Steigerung der Mitarbeiterinnen- bzw. Mitarbeitermotivation bei (ebd., IV ff). Die Autorinnen bzw. Autoren benennen für Österreich zahlreiche Einzelinitiativen zur Verbesserung der Kommunikation, die meist von individuellem Engagement und Motivation von Einzelpersonen getragen sind, dennoch fehle bislang eine systematische Steuerung für eine flächendeckende Verbesserung. Die Rückmeldungen der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner untermauern diese Aussage.

In den abgebildeten acht empfohlenen strategischen Handlungsfeldern finden sich u.a. Forderungen nach der Entwicklung eines Positionspapiers zur Aus-, Weiter- und Fortbildung „gute Gesprächsqualität“ für Gesundheitsprofis sowie der „Wunsch“, sich an Finanzierungsmodellen und Qualitätsstandards für Fortbildungen orientieren zu können.

GÖG und BMG (2015, S. 38) betonen insbesondere „[...] dass auch über die Ausbildung hinaus Ärztinnen und Ärzte laufend in Arzt-Patient-Kommunikation geschult werden müssten. Gerade für schwierige Gesprächssituationen bedürfe es hochspezifischer kommunikativer Kompetenzen, deren Vermittlung teilweise zu anspruchsvoll für die Ausbildung sind und die erst sinnvoll in der berufsbegleitenden Weiter- und Fortbildung verstanden, erlernt, geübt und vertieft werden könnten.“



Abbildung 2: Wirkungsmodelle zur Verbesserung der Gesprächsqualität (GÖG & BMG, 2015, S. 56)

4.2.1. Referenzkonzepte und Orientierungsrahmen

Die Recherche zeigte, dass die meisten Bildungsangebote für Gesundheitsprofessionals in unregelmäßigen Abständen angeboten und durchgeführt werden. Sie sind häufig zielgruppenspezifisch konzipiert und weisen meist Seminarcharakter auf. In der Fortbildung für Pflegeberufe sind insbesondere die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe anderer Gesundheitssysteme zu beachten, die sich z.T. durch starke Unterschiede in den jeweiligen Rollen und Ausbildungen widerspiegeln. Ebenso sind in vielen Programmen keine Gewichtungen zu den Themen- bzw. Inhaltsbereichen zu finden.

Im Anschluss folgt eine exemplarische Auflistung der Angebote in Österreich, Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und Übersee.

Tabelle 5: Auszüge Angebote in Fort- und Weiterbildungen CHI – Österreich

Land	Organisation	Form	Zielgruppe	Dauer/ECTS/ Stunden	Inhalte
A	Tirol Kliniken	Weiterbildung HI-Beratung	Diplomierte Pflegekräfte	176 Stunden Theorie (Präsenz und online), 40 Stunden Praxis	Formen der HI, wissenschaft- liche Forschungsergebnisse, Symptome, Diagnostik, Therapie, Auswirkungen der HI, Pathophysiologie, Tele- medizin
	Medizinische Fortbildungs- akademie OÖ	Fortbildung	Mediziner	Vier Stunden	Aktualisierung des Wissens bzgl. Diagnoseverfahren und Prognoseeinschätzung, Erfas- sung neuester Therapieopti- onen der chronisch, akuten und terminalen HI, Antikoa- gulation bei HI etc.
	Fachhoch- schule OÖ	Weiterbildung Pflege von Menschen mit HI und deren Angehörigen	Berufserfahrene diplomierte Pflegekräfte	40 ECTS, davon 200 Stunden in Präsenz	Medizinische Vertiefung HI, Telemedizin, Prävention, Psychokardiologie, Patientenadhärenz etc.
	Fachhoch- schule OÖ	Weiterbildung Advanced Nursing Practice: HI	Berufserfahrene diplomierte Pflegekräfte	90 ECTS, davon 480 Stunden in Präsenz, vier Semester	Medizinische Vertiefung HI, Vertiefung Pharmakologie, Telemedizin, Prävention, Psychokardiologie, Patien- tenadhärenz, fachliche Füh- rung, Wissenschaft und For- schung, Patientenedukation, Ergebnismessung, Konzept- entwicklung, Transfer in die Praxis etc.

Tabelle 6: Auszüge Angebote in Fort- und Weiterbildungen CHI – Schweiz

Land	Organisation	Form	Zielgruppe	Dauer/ECTS/ Stunden	Inhalte
CH	Berner Bildungszentrum Pflege, Careum	Weiterbildung Beratung für Langzeitpatienten – Koronare Herzkrankheit/HI	Medizinische Praxis-Fachpersonen, Fachpersonen Gesundheit und diplomierte Pflegefachpersonen	Sechs Tage Präsenz, zwei Tage Transfer	Krankheitsbild der HI, Auswirkungen, Erkennen von Warnzeichen, Prävention, Behandlung und Betreuung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Basic Life Support
	Juventus Schule für Medizin	Beratung von Langzeitpatienten – Koronare Herzkrankheiten/HI	Medizinische Praxiskoordinatoren mit Praxiserfahrung	48 Stunden	Pathophysiologie, medizinische Therapie- und Behandlungsmaßnahmen, Selbstmanagement, Lebensstil etc.
	Positionspapier HI-Curriculum der AG HI der SGK	Zusatzqualifikation HI-Spezialist	Mediziner	Level 1-3, bis 24 Monate	100 dokumentierte Behandlungsfälle, vertiefte Bildgebungskenntnisse, fortgeschrittene und terminale HI, Devicetherapie, interventionelle HI-Therapie, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Psychokardiologie etc.
	Universitäts-spital Basel	Basler HI-Programm	Pflegende und Mediziner	Zwei Tage plus interdisziplinäre Beratung	HI, Pathophysiologie, medikamentöse Behandlung, Risikominimierung, Selbstmonitoring, Patientenschulung/-beratung, Kartensystem
	Universität Zürich, CAS UZH, HFA der ESC, der European Heart Academy in Zusammenarbeit mit dem Zürich Heart House	Postgraduate Course in Heart Failure, PCHF	Mediziner	Zwei Jahre, acht Module zu je 2,5 Tagen (160 Stunden), 140 Stunden Selbststudium	Interaktive Übungen, praktische Seminare mit Patienten und klinischen Visiten

Tabelle 7: Auszüge Angebote in Fort- und Weiterbildungen CHI – Deutschland

Land	Organisation	Form	Zielgruppe	Dauer/ECTS/ Stunden	Inhalte
D	Elisabeth KH Essen/ Contilia	Weiterbildung	Ordinations- assistenten, medizinische Fachangestellte	3,5 Tage	Grundlagen und Diagnose der HI, Therapie der HI, Fortgeschrittene HI und Komorbiditäten, Versorgungsstruktur
	Deutsche Gesellschaft für Gesund- heits- und Pflegewater- schaft, Essen	Weiterbildung Pflegeexperten für Menschen mit HI	Pflegefach- personen	368 Stunden	Nationale und internationale Entwicklungen, Rahmenbedin- gungen und Aufgaben des Pflegeexperten HI, Verständnis für Evidencebasierung, Grundkenntnisse Herz-Kreis- lauf-Erkrankungen, Anatomie/ Physiologie, Diagnostik, Thera- pie der HI, pflegerisches Symp- tom-Management bei Men- schen mit HI, Auswirkungen der HI auf den Alltag des Betroffenen, Beratung, Information und Schulung von Menschen mit HI, Begleitung am Lebensende
	Universitäts- medizin Göttingen	Weiterbildung Heart Failure Nurse	Diplomierte Pflegekräfte	15 Tage	Grundlagen HI, Interventionen bei HI, Komorbiditäten, Phar- makologie, Aufgaben einer HFN, psychosoziale Aspekte, Studien
	DGK Akade- mie Jena	Aufbaukurs HI	Mediziner	Zwei Tage	Terminale HI, spezielle Funkti- onsdiagnostik, nicht invasive bildgebende Diagnostik, Nachsorge post-HTx, Immunsuppression
	Deutsches Zentrum für Herzinsuffi- zienzpfleger Würzburg	Fortbildung Herzinsuffi- zienzpfleger	Pflegefach- personen	120 Stunden Theorie, 80 Stunden Praktikum	Medizinische Grundlagen, Pharmakologie, Kommunika- tion und Telefonmonitoring, Psychosoziale Aspekte etc.

Tabelle 8: Auszüge Angebote in Fort- und Weiterbildungen CHI – Niederlande, Belgien und Übersee

Land	Organisation	Form	Zielgruppe	Dauer/ECTS/ Stunden	Inhalte
B	University College Leuven-Limburg in Kooperation mit Belgian working group on cardiovascular nursing and Ziekenhuis Oost Limburg	Heart Failure Nurse	Pflegefachpersonen	600 Stunden	Curriculum European Society of Cardiology
NL	Hochschule Utrecht in Kooperation mit National Society of Heart and Vessel Nurses	Clinical Nurse Specialist	Pflegefachpersonen	1120 Stunden	Curriculum European Society of Cardiology
UK, USA, AUS	Simmons School of Nursing and Health Sciences Georgetown University University of Adelaide University of Edinburgh School of Nursing University of California Deakin University Duke University School of Nursing MacEwan University University of Tasmania etc.	Clinical Nurse Specialist/ Cardiac Nurse	Pflegefachpersonen	1-4 Semester	Fortgeschrittene Physiologie und Pathophysiologie, Fortgeschrittene Pharmakologie, Klinisches Leadership, Advanced Nursing Practice, fachliche Führung, Public Health, Forschung etc.

Hervorzuheben ist, dass vor allem im internationalen Setting CHI-Pflegepersonen – im Gegensatz zu österreichischen Pflegekräften – über einen vertieften und erweiterten Handlungsspielraum verfügen. Dies begründet sich in einer seit vielen Jahrzehnten gelebten Tradition, Pflegekräfte für das Praxisumfeld höher zu qualifizieren und ihnen durch Spezialisierung Karriereöglichkeiten anzubieten. Um dies zu verdeutlichen folgt ein Ausschnitt eines Beispiels einer Advanced Practice Nurse in der Rolle der Heart Failure Nurse (HFN) mit Masterabschluss im Setting der klinischen Ambulanz in Irland (Ullmann et al., 2011, 59ff):

Die HFN besitzt hohe Handlungsautonomie. Sie verantwortet die Fallführung der Patientinnen/Patienten. Befugnisse in Rahmen von Untersuchungen und Therapien sind geregelt. Bspw. ist die Family Health Nurse auf einer herzchirurgischen Aufnahmestation befähigt, selbstständig bei neu aufgenommenen Patientinnen/Patienten ein umfassendes Assessment vorzunehmen. Dieses beinhaltet die körperliche Untersuchung inklusive der Herz- und Lungentöne, die Untersuchung der Arme und Beine für Arterien- und Venenentnahme (ACVB), das Verordnen von Medikamenten, Blutabnahme, Röntgen, EKG und weitere Untersuchungen wie Echokardiographie und Doppleruntersuchungen. Sie erstellt im Weiteren Teile der medizinischen Anamnese, klärt den sozialen (Versorgung im privaten Umfeld) als auch physischen Hintergrund (können Treppen bewältigt werden?) ab und zieht die spirituellen und psychologischen Bedürfnisse mit ein. Sie interpretiert die (Test-)Ergebnisse der Untersuchungen sowie der Anamnese und tauscht sich mit den behandelnden Ärzten aus und erstellt mit diesen gemeinsam den Therapie-/Versorgungsplan. Sie führt Beratungen durch, die auch über den normalen Krankenhausaufenthalt hinausgehen und nach der Entlassung durch die HFN stattfinden. In den „Discharge Follow-up Clinic“ können Patientinnen/Patienten nach abgeschlossener chirurgischer Behandlung weiter von den HFN begutachtet werden. Bei Bedarf agiert sie als Case Managerin und stellt notwendige Kontakte zu anderen Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Sozialarbeiter udgl. her. ...

4.2.2. Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz für Kardiologinnen bzw. Kardiologen

Diese Zusatzqualifikation basiert auf der Entwicklung der 2014 einberufenen TaskForce „Herzinsuffizienz-Curriculum“ Deutschland, Österreich und der Schweiz, der aus Österreich Dr. Deddo Mörtl und Dr. Gerhard Pözl angehörten.

Die Ausbildung wird in Österreich allerdings (noch) nicht angeboten. Das Ziel des Curriculums, das sich an den Empfehlungen der Heart Failure Association (HFA) der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie orientiert, ist eine über den Facharztstandard hinausgehende intensivierte und detaillierte Ausbildung (Zusatzqualifikation) und umfasst in Kürze:

- Die Vermittlung des aktuellen Wissenstandes der HI, ihrer Ursachen, deren Progression, Diagnostik und Behandlung,
- Die Dokumentation der ‚Skills‘ mit dem Behandlungsziel ‚Niveau-III-Kompetenz‘ zu erarbeiten,
- Kompetenz zur Leitung eines multidisziplinären HI-Teams,
- Definition des Trainingsumfangs für verschiedene ‚Skills‘.

Eine vertiefte Darstellung und detaillierte Beschreibung des modularen Aufbaus ist Frey et al. (2018) zu entnehmen:

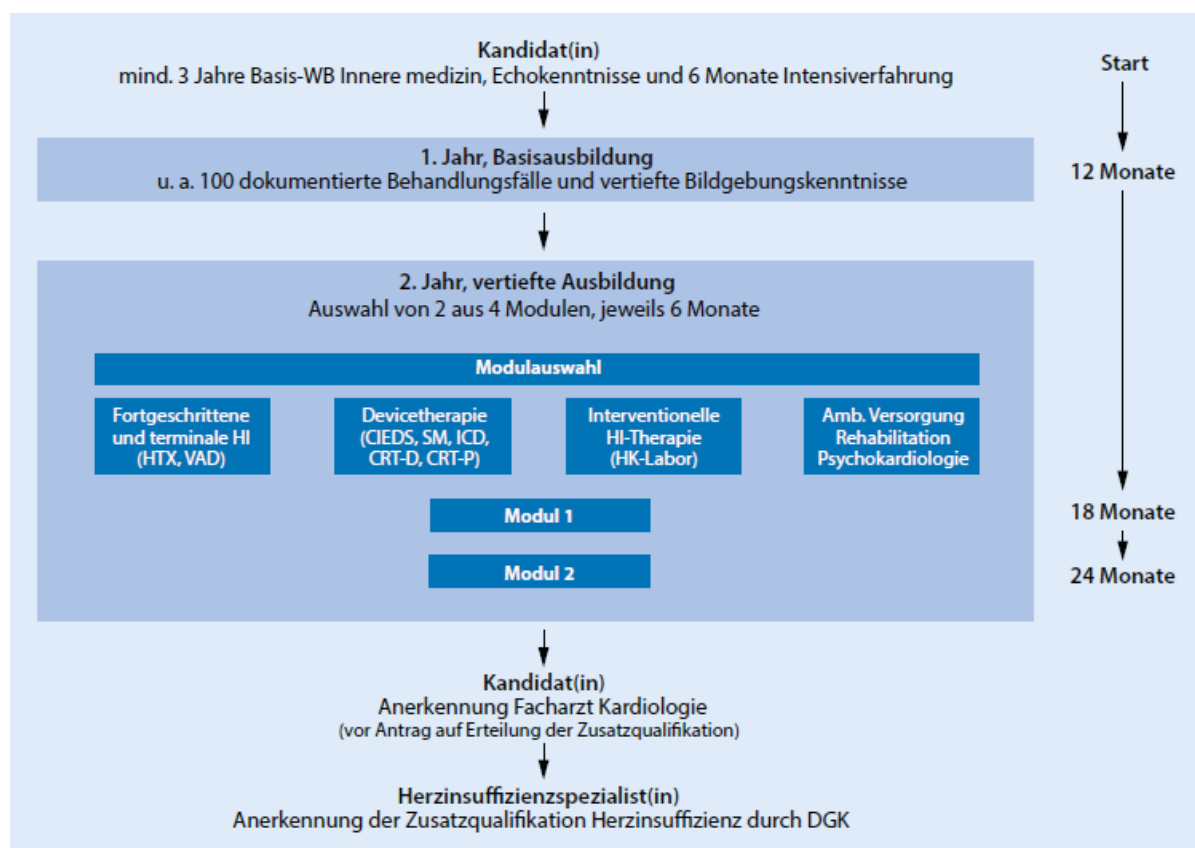


Abbildung 3: Modularer Aufbau des Curriculums Herzinsuffizienz
(Frey et al., 2018, S. 61, weitere Darstellung in Mohacsi et al., 2018, S. 28)

Des Weiteren ist anzumerken, dass sich Fortbildungen für Medizinerinnen bzw. Mediziner fast ausschließlich auf medizinisches Fachwissen beziehen. Verhaltens- und kommunikationswissenschaftliche Themen, die in den Interviews als bedeutend hervorgehoben wurden, finden sich – mit Ausnahme in Managementausbildungen – fast nirgends.

4.2.3. Zusatzqualifikation Kardiologie für Pflege (Heart Failure Nurse/Cardiac Nurse)

In der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz der Bundesärztekammer Deutschland (2019, S. 122) wird festgehalten, dass die Entwicklung spezialisierter Pflegekräfte im Rahmen einer Ausbildung zur Advanced Practice Nurse – im Gegensatz zum angloamerikanischen und skandinavischen Raum – in Deutschland eine noch junge ist. Dies trifft auch auf Österreich zu. Dennoch bietet das europäische Curriculum zur Qualifizierung von Heart Failure Nurses (Riley et al., 2016) einen Rahmen für universitäre und nichtuniversitäre Weiterbildungen im deutschsprachigen Raum. Sowohl die Weiterbildung der Pflegenden im Programm „HerzMobil“ des Ausbildungszentrums West in Tirol (216 Stunden, www.azw.ac.at) als auch der zweistufige Lehrgang „Chronische Herzinsuffizienz“ der Ausbildung zur Advanced Practice Nurse der Fachhochschule OÖ (40 bis 90 ECTS; bis 500 Stunden, www.fh-ooe.at/anp) lehnt sich an das publizierte Curriculum der Heart Failure Nurse an, dessen Themenbereiche der nachfolgenden Abbildung 4 zu entnehmen sind.

Objective	
1.	Recognize patients with suspected HF and have a critical awareness of triggers for clinical deterioration
2.	Assess and monitor common symptoms and signs
3.	Apply educational theory to develop, implement and evaluate effective patient and family HF education
4.	Provide self-care and lifestyle advice (including diet, exercise and travel)
5.	Manage the effective use of pharmacological and device therapies
6.	Competently and rapidly assess need and deliver care to the patient with acute HF
7.	Identify the need for, coordinate and provide care at the end of life to the patient and their family
8.	Recognize the importance of co-morbidity in HF and plan and deliver individualized patient care
9.	Identify the need for and understand novel strategies in the management of advanced HF, such as mechanical circulatory support and heart transplantation
10.	Leadership in HF nursing

Abbildung 4: Specific Learning Objectives of the Heart Failure (HF) Nurse Curriculum (Riley et al., 2016, S. 3)

Fortbildungen von Pflegenden im Bereich CHI sind in unterschiedlicher Ausprägung zu finden. Aufgrund der international empfohlenen, verantworteten und effektiven Aufgaben an Pflegenden in der Versorgung von CHI-Patientinnen bzw. -Patienten (Case, Haynes, Holaday & Parker; Davidson, Newton, Tankumpuan, Paull & Dennison-Himmelfarb, 2015; Kolbe, 2020; Ponikowski et al., 2016; Riley et al., 2016; Strömberg et al., 2003) ist hervorzuheben, dass sich verhältnismäßig viele Fortbildungen von Pflegekräften finden ließen. Im Besonderen werden in der Pflegegruppe erweiterte Fähigkeiten wie klinisches Assessment, Patientinnen- bzw. Patienten- und Angehörigenedukation sowie vertieftes Wissen in Definition, Klassifikation, Ätiologie, Pathogenese, Prognose, Risikofaktoren und diagnostische Verfahren im Krankheitsbild gefordert.

4.2.4. Fortbildung/Zusatzqualifikation Ordinationsassistenz Kardiologie

Dieses Curriculum (Störk et al., 2020) wurde in Abstimmung mit 14 deutschen Instituten konzipiert, jüngst publiziert und verfolgt folgende Handlungskompetenzen:

Die Ordinationsassistentin bzw. der Ordinationsassistent

- Informiert Patientinnen und Patienten über diagnostische Verfahren im Rahmen der Therapiemaßnahmen nach Weisung der Ärztin bzw. des Arztes,
- Unterstützt die Ärztin bzw. den Arzt in der proaktiven, strukturierten Begleitung von an Herzinsuffizienz erkrankten Patientinnen bzw. Patienten – insbesondere in Form der Durchführung von ausgewählten Patientenschulungen und im Patientenmonitoring, inkl. Telefoninterviews. Dabei wirkt sie bzw. er auch aktiv in der telemedizinischen Überwachung der Patientinnen bzw. Patienten mit,

- Ist mit den Grundlagen des Patientinnen- bzw. Patientencoachings vertraut und wendet Kommunikationsstrategien zur individuellen Anleitung und Motivation der Patientin bzw. des Patienten (Empowerment) an,
- Kann einen Medikamentenplan nach Weisung der Ärztin bzw. des Arztes erstellen, die korrekte Einnahme an der Patientin bzw. den Patienten und/oder deren bzw. dessen Angehörige kommunizieren, nach ärztlicher Weisung die Einhaltung überwachen und zur regelmäßigen Medikationseinnahme motivieren,
- Kennt psychokardiologische Auswirkungen in den unterschiedlichen Lebenssituationen, beachtet diese in der jeweiligen Kommunikationssituation mit der Patientin bzw. dem Patienten und/oder deren bzw. dessen Angehörigen sowie übermittelt zeitnah und zielgerichtet die erhobenen Informationen an die betreuende Ärztin bzw. den betreuenden Arzt und
- Übernimmt erforderliche administrative Aufgaben zur Sicherstellung der Dokumentationsanforderungen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung.

Curriculum „Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz“			
4 × ganztägiger theoretischer Unterricht (32 h) und Übungen			
Einführungsmodul ▶ Bedeutung der Herzinsuffizienz für Gesellschaft und Patienten ▶ Definitionen ▶ Ätiologie ▶ Diagnostik	Modul II ▶ pharmakologische Therapie ▶ nicht pharmakologische Therapie ▶ Begleiterkrankungen und deren Management	Modul III ▶ Pharmakologie im Alter ▶ Psychokardiologie ▶ chirurgische Methoden ▶ Resynchronisierung und Devicetherapie	Modul IV ▶ Telefonmonitoring ▶ Coaching ▶ strukturierte Versorgung und Kommunikation im Netzwerk ▶ Qualitätssicherung
Wissensstandabfrage sowie Fortbildungszertifikat			

Abbildung 5: Curriculum „Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz“ für Ordinationsassistenten (Störk et al., 2020, S. 93)

Eine Fortbildung für Ordinationsassistentinnen bzw. Ordinationsassistenten kardiologischer Praxen, Primärversorgungszentren oder Hausarztpraxen mit einem hohen Anteil an CHI-Patientinnen bzw. -Patienten – angelehnt an dieses Curriculum – bietet sich durchaus an, auch wenn der Bedarf vonseiten des Berufsverbands der Arztassistentinnen bzw. Arztassistenten Österreich zurzeit nicht formuliert wurde. Fortbildungen würden aktuell ausschließlich auf Anfragen organisiert.

5. EMPFEHLUNGEN

Ein Bildungssystem sollte auf die Anforderungen des Gesundheitssystems reagieren und dies auf proaktive Weise, so Riedel und Cypionka (2012, S. 12), „[...] indem *Bildungseinrichtungen Veränderungen im Gesundheitssystem mittragen, fördern oder initiieren*“. Auch wenn auf epidemiologische Realitäten aus mannigfaltigen Gründen häufig wenig Rücksicht genommen wird, stellt das dargestellte Fort- und Weiterbildungsrahmenkonzept sowohl die vorhandenen Fähigkeiten als auch die Zugewinne an Kompetenzen der Gesundheitsanbieterinnen bzw. Gesundheitsanbieter durch Weiterbildung in den Mittelpunkt der Betrachtung.

Die folgenden Empfehlungen bilden einen Raster für mögliche Fort- und Weiterbildungen und orientieren sich ebenso an der Epidemiologie CHI (in den anderen Subprojekten des DMP CHI erarbeitet), den Interview- sowie Rechercheergebnissen, insbesondere der verschiedenen internationalen Curricula, v.a. jenem der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC-Leitlinie). Eine exakte Feststellung, welche Kompetenzniveaus und Inhaltsbereiche in welchem Ausmaß zu absolvieren und auszuformulieren sind, hängt in letzter Konsequenz von folgenden Faktoren ab:

- Der Prozessdefinition des DMP CHI (zurzeit noch nicht zugänglich),
- Den differenzierten Umsetzungskonzepten österreichischer Regionen,
- Den Ressourcen, Möglichkeiten und dem Willen der Leistungsanbieterinnen bzw. Leistungsanbieter bzw. potentiellen Studierenden,
- Dem Setting, in dem die Leistungsanbieterinnen bzw. Leistungsanbieter tätig sind,
- Den Ressourcen der Träger des DMP (u.a. die Finanzierungsmöglichkeiten für Fortbildungen),
- Den aktuell vorhandenen Bildungsangeboten bzw. deren Entwicklungspotentialen.

Werden Curricula von Fort- und Weiterbildungen entwickelt, so folgen diese meist (GÖG & BMGF, 2017, S. 4) den Schritten

1. Berufsspezifische Beschreibung eines detaillierten Tätigkeitsprofils,
2. Berufsspezifische Beschreibung des erforderlichen Kompetenzprofils,
3. Zuordnung zum Qualifikationsprofil der Absolventinnen bzw. Absolventen,
4. Curriculare Ausarbeitung der Ausbildungsmodule.

Didaktische Empfehlungen, das ‚Wie‘ der Vermittlung, werden in der Regel erst am Ende des Entwicklungsprozesses formuliert und können somit für diesen Endbericht lediglich allgemein genannt werden.

5.1. Qualifikationsniveaus

Zur Entwicklung des Qualifikationsprofils, im Rahmen der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI und deren Angehörigen, werden analog zum Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen vier Niveaus vorgeschlagen. Diesen Niveaus werden im Zuge der Ausübung ihrer Aufgaben im Rahmen des DMP CHI Berufsgruppen zugeordnet. Die Berufsgruppen orientieren sich dabei an dem Kernteam eines DMP, das u.a. durch ein Kernteam eines Primärversorgungszentrums repräsentiert werden kann. Berufsgruppen wie Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter, klinische Psychologinnen bzw. Psychologen oder Therapeutinnen bzw. Therapeuten können je nach Kompetenz und zukünftigem Einsatzgebiet den Kompetenzen bzw. Niveaus zugeteilt werden.

**Tabelle 9: Qualitätsniveau 4 bis 8 des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen
(Zuordnungsvorschlag der Gesundheitsprofessionals durch die Autorin)
(In Anlehnung an BMUKK, 2012, S. 32–33)**

Niveau	Kenntnisse	Fertigkeiten	Kompetenzen
4: Ordinations- assistenten ⁹ , Pflegeassistent	Breites Spektrum an Theorie- und Faktenwissen in einem Arbeits- oder Lernbereich	Eine Reihe kognitiver und praktischer Fertigkeiten, die erforderlich sind, um Lösungen für spezielle Probleme in einem Arbeits- oder Lernbereich zu finden	Selbstständiges Tätigwerden innerhalb der Handlungsparameter von Arbeits- oder Lernkontexten, die in der Regel bekannt sind, sich jedoch ändern können. Beaufsichtigung der Routinearbeit anderer Personen, wobei eine gewisse Verantwortung für die Bewertung und Verbesserung der Arbeits- oder Lernaktivitäten übernommen wird
5: Pflegefach- assistent	Umfassendes, spezialisiertes Theorie- und Faktenwissen in einem Arbeits- oder Lernbereich sowie Bewusstsein für die Grenzen dieser Kenntnisse	Umfassende kognitive und praktische Fertigkeiten, die erforderlich sind, um kreative Lösungen für abstrakte Probleme zu erarbeiten	Leiten und Beaufsichtigen in Arbeits- oder Lernkontexten, in denen nicht vorhersehbare Änderungen auftreten; Überprüfung und Entwicklung der eigenen Leistung und jener anderer Personen
6: Therapeuten, Pflegefachkräfte Diplom	Fortgeschrittene Kenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich unter Einsatz eines kritischen Verständnisses von Theorien und Grundsätzen	Fortgeschrittene Fertigkeiten, die die Beherrschung des Faches sowie Innovationsfähigkeit erkennen lassen, und zur Lösung komplexer und nicht vorhersehbarer Probleme in einem spezialisierten Arbeits- oder Lernbereich nötig sind	Leitung komplexer fachlicher oder beruflicher Tätigkeiten oder Projekte und Übernahme von Entscheidungsverantwortung in nicht vorhersehbaren Arbeits- oder Lernkontexten; Übernahme der Verantwortung für die berufliche Entwicklung von Einzelpersonen und Gruppen
7: Spezialisten Pflegefach- kräfte, Spezialisten Therapeuten	Hoch spezialisiertes Wissen, das zum Teil an neueste Erkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich anknüpft, als Grundlage für innovative Denkansätze und/oder Forschung; Kritisches Bewusstsein für Wissensfragen in einem Bereich und an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Bereichen	Spezialisierte Problemlösungsfertigkeiten im Bereich Forschung und/oder Innovation, um neue Kenntnisse zu gewinnen und neue Verfahren zu entwickeln sowie um Wissen aus verschiedenen Bereichen zu integrieren	Leitung und Gestaltung komplexer, unvorhersehbarer Arbeits- oder Lernkontexte, die neue strategische Ansätze erfordern; Übernahme von Verantwortung für Beiträge zum Fachwissen und zur Berufspraxis und/oder für die Überprüfung der strategischen Leistung von Teams

⁹ Siehe auch GÖG und BMGF (2017, S. 6-7).

Niveau	Kenntnisse	Fertigkeiten	Kompetenzen
8: (Spezialisten CHI) Mediziner, Heart Failure Nurse: ANP- Niveau	Spitzenkenntnisse in einem Arbeits- oder Lernbereich und an der Schnittstelle verschiedener Bereiche	Weitest fortgeschrittene und spezialisierte Fertigkeiten und Methoden einschließlich Synthese und Evaluierung, zur Lösung zentraler Fragestellungen in den Bereichen Forschung und/oder Innovation zur Erweiterung oder Neudefinition vorhandener Erkenntnisse oder beruflicher Praxis	Fachliche Autorität, Innovationsfähigkeit, Selbstständigkeit, wissenschaftliche und berufliche Integrität sowie nachhaltiges Engagement bei der Entwicklung neuer Ideen oder Verfahren in führenden Arbeits- oder Lernkontexten, einschließlich Forschung

Die empfohlenen Fortbildungsmaßnahmen (u.a. Baldewijns, Brunner-La Rocca, Maesschalck, Devillé & Boyne, 2019; BMASGK, 2019; GÖG, 2019; Kolbe, 2020; Mörtl et al., 2017; Ponikowski et al., 2016; Riley et al., 2016) orientieren sich an den „guidelines highly recommend multidisciplinary heart-failure management programmes as standard of care (class 1, level A –)“ (Baldewijns et al., 2019, S. 712) bzw. der besten verfügbaren Evidenz sowie den österreichischen Berufsgesetzen.

In der Darstellung der Kompetenzen, Module und Inhalte werden die zwei im DMP aktiven Hauptakteurgruppen, Medizinerinnen bzw. Mediziner und Pflegekräfte zur Diskussion gestellt. Das vorliegende Konzept definiert Kompetenz als **Befugnis** in Form von Aufgaben und Tätigkeiten, zu deren Übernahme die Berufsgruppen berechtigt **sind oder sein sollen**. Die Zuordnung der ECTS¹⁰ orientiert sich u.a. an den Prioritäten der Praktikerinnen bzw. Praktiker in der Befragung.

5.2. Fortbildung¹¹ Pflegende des gehobenen Dienstes (und Medizinerinnen bzw. Mediziner)

Die Vorschläge für die Pflegekräfte richten sich an der Verordnung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (Österreichische Bundesregierung, 2016) aus, indem Fort-, Weiter- und Sonderausbildung im Ausmaß von 30 bis 90 ECTS vorgeschlagen werden. Für das DMP ‚Chronische Herzinsuffizienz‘ wird für Pflegekräfte, die im Programm besondere Aufgaben durchführen, **mindestens** eine Fortbildung im Ausmaß von **30 ECTS** empfohlen. Jedes Modul sollte einzeln absolviert werden können. Wenn alle Module abgeschlossen werden, sollten dafür vorgesehene Zertifikate, mit der Berechtigung eine Zusatzbezeichnung zu führen, vergeben werden.

¹⁰ European Credit Transfer System, 1 ECTS wird mit 25 Stunden Workload für Studierende berechnet.

¹¹ Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Österreich unterscheidet zwischen verschiedenen Fortbildungsbegriffen wie bspw. ‚Fortbildung‘, ‚Weiterbildung‘ oder ‚Sonderausbildung‘. Diese Unterscheidung wird im Text nicht weiter berücksichtigt, es wird der Begriff ‚Fortbildung‘ verwendet.

Tabelle 10: Vorschlag Curriculum Pflege (Niveau 1)
 (die **gelb** hinterlegten Module sind jene, die multiprofessionell besucht werden könnten bzw. sollten, insbesondere auch von Medizinerinnen bzw. Mediznern!)

Kenntnisse, Fertigkeiten, Kompetenzen spezialisierter Pflegefachkräfte	Modul	Inhalte	Umfang Modul (ECTS)
Weiterbildung 30 ECTS			
GuKG¹², 2016, Niveau 1			
Die Spezialisten Heart Failure Nurse (HFN) sind in der Lage, ...			
... vertiefte Kenntnisse über CHI wiederzugeben und anzuwenden	Vertiefte Grundlagen Wissen Erkrankung, Stufe 1	Epidemiologie Ätiologie, Untersuchungsmethoden Verlauf und Prognose Überblick Behandlungsmöglichkeiten Begleit- und Folgeerkrankungen Soziale und psychologische Aspekte	4
... das Monitoring der Patienten durchzuführen und – in Absprache mit Mediznern – die Daten zu interpretieren und Handlungen daraus abzuleiten	Monitoring	Monitoring klinischer Parameter Telemonitoring Selbstmonitoring	2
... Therapieformen zu verstehen und in Handlungen umzusetzen	Therapie	Nichtmedikamentöse Therapien und Lebensstil Medikamentöse Therapien Invasive Therapieformen	2
... spezifisches Pflegeassessment und verstehende Pflegediagnostik durchzuführen sowie gezielte Maßnahmen zur Stärkung der Lebensqualität und Gesundheitskompetenz gemeinsam mit den Betroffenen umsetzen	Vertiefung Pflegeprozess	Vertiefende verstehende Pflegediagnostik inkl. adäquate Klassifikationssysteme Spezielle Pflegemaßnahmen bei eingeschränkter Lebensqualität (präventiv, psychokardiologisch, sexuell, sozial, ...) Evaluation der Maßnahmen	3
... die aktuelle Praxis in der multiprofessionellen Zusammenarbeit im DMP kritisch zu hinterfragen und sich lösungsorientiert einzubringen	Zusammenarbeit	Critical Thinking Konzepte der Zusammenarbeit Wahrnehmung der eigenen und der Rolle der anderen	1
... personenzentriertes Verständnis und die dahinterliegenden Werte und Haltungen zu argumentieren und sich verändernden Kontexten anpassen	Ethik	Werte und Haltungen (berufsgruppenübergreifend, interkulturell, ...) Ethische Entscheidungsgrundsätze und -findung	1

¹² Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (2016)

Kenntnisse, Fertigkeiten, Kompetenzen spezialisierter Pflegefachkräfte	Modul	Inhalte	Umfang Modul (ECTS)
Weiterbildung 30 ECTS			
GuKG¹³, 2016, Niveau 1			
Die Spezialisten Heart Failure Nurse (HFN) sind in der Lage, ...			
... in einem multiprofessionellen Team die Palliativversorgung gemeinsam zu planen und durchzuführen	Palliativversorgung	Möglichkeiten der palliativmedizinischen Versorgung Patientenverfügung	2
... Fallbesprechungen als Reflexions-, Lern- und Problemlösungsinstrumente komplexer Situationen zu initiieren und zu moderieren	Fallarbeit	Arten der Fallbesprechung Darstellung/Dokumentation komplexer Fälle Moderation	2
... individuell und zielgerichtet Verhaltensänderungen bei Patienten zu begleiten, die Selbstmanagementfähigkeit der Betroffenen aufbauen helfen sowie deren Adhärenz zu stärken	Patienten-/ Angehörigen- edukation	Modelle Verhaltensänderung/Patientenadhärenz Beratungs- und Schulungskonzepte Selbstmanagementfähigkeit Spezielle Patientendokumentationsformen wie z.B. das Führen von Tagebüchern, Digitale Kommunikations- und Dokumentationsformen	4
... durch angemessene Kommunikation therapeutische Beziehung herzustellen sowie Vertrauen und Beziehungen aufrechtzuerhalten	Gesprächsführung	Gesprächsführung: sprachlich interaktive, inhaltliche, psychosoziale Ebene Beziehungs- und Vertrauensarbeit Besondere Herausforderungen in vulnerablen Gruppen	4
... die breiten Hilfsangebote bedürfnisgerecht den Patienten darzulegen und im Selbstmanagement zu befähigen	Hilfssysteme	Digitale Kommunikationssysteme, Erinnerungssysteme, Notrufsysteme, Informations- und Unterstützungsangebote (z. B. Selbsthilfegruppen)	1
	Praktikum		4
		Σ	30

Diese weitere Vertiefung eignet sich für Pflegekräfte, die im Rahmen des DMP vertiefte Autonomie v.a. in der gemeinsamen Fallführung mit den medizinischen Kolleginnen bzw.

¹³ Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (2016).

Kollegen innehaben und die in erster Linie die Netzwerkkoordination durchführen und verantworten.

Tabelle 11: Vorschlag Curriculum Pflege (Niveau 2)
(die **gelb** hinterlegten Module sind jene, die multiprofessionell besucht werden könnten bzw. sollten!)

Kenntnisse, Fertigkeiten, Kompetenzen spezialisierter Pflegefachkräfte	Modul	Inhalte	Umfang Modul (ECTS)
Weiterbildung 60-90 ECTS			
GuKG, 2016, Niveau 2			
Aufbauend auf Niveau 1			
Die Spezialisten Heart Failure Nurse (HFN) sind in der Lage, ...			
... vertiefte Assessments sowie definierte körperliche Untersuchungen durchzuführen und Ergebnisse zu interpretieren	Klinisches Assessment	Vertieftes Assessment mit Schwerpunkt Atmung, Thorax, Herz, große Gefäße, Screeningverfahren Multiprofessionelles Training	5-10
... vertieftes klinisches Wissen – in Absprache mit Mediziner*innen – in (individuelle) Behandlungspläne einzuarbeiten	Vertieftes Wissen Erkrankung Stufe 2 Klinischer Behandlungsplan	Aufbauend auf Niveau 1 fachliche medizinische Vertiefung: Gesundheitsförderung, Prävention, Krankheitsbild, Therapie, etc.	5-10
... die Fallführung für die Patienten – in Absprache mit dem DM-Team – zu koordinieren und zu begleiten	Fallführung	Koordination wichtiger Stakeholder Case Management Vertiefte Unterstützung zum Selbstmanagement des Familienverbands	3-5
... fachliche Pflegeteams auf Basis theoretischer Kenntnisse des (Diversity) Managements anzuleiten und zu führen	Fachliche Führung	(Diversity) Management Fachliches Leadership Pflege Teamentwicklung Konsultation DM-Team in pflegerischen Angelegenheiten	2-5
... Netzwerke zu identifizieren, zu analysieren, den Netzwerkaufbau mitzugestalten und im Team Netzwerkpflege zu leben	Netzwerkarbeit	Analyse und Aufbau eines Netzwerks Aufgaben Netzwerkmanagement Identität des Netzwerks nach innen und außen Nachhaltigkeit Care Management Schnitt-/Nahtstellenmanagement	2-5

Kenntnisse, Fertigkeiten, Kompetenzen spezialisierter Pflegefachkräfte	Modul	Inhalte	Umfang Modul (ECTS)
Weiterbildung 60-90 ECTS			
GuKG, 2016, Niveau 2			
Aufbauend auf Niveau 1			
Die Spezialisten Heart Failure Nurse (HFN) sind in der Lage, ...			
... auf Basis ethisch und rechtlicher Grundlagen die Verantwortung für die Qualität der Versorgung im eigenen und übergreifenden Tätigkeitsbereich zu tragen	Qualitäts-sicherung	Qualitätsparameter im DMP Qualitätsmessung Qualitätszirkel Grundlagen Wissenschaft (in Abstimmung mit Modul Forschung)	3-5
... in der multiprofessionellen Zusammenarbeit Veränderungsprojekte mit zu planen sowie eine Vision und Strategie mit zu entwickeln und nachhaltig in das DMP mit umzusetzen	Konzept-entwicklung	Konzeptarbeit –z. B. das Entwickeln von Selbstmanagement-konzepten Projektarbeit	4-7
... exemplarisch neues Wissen systemübergreifend in die Praxis umzusetzen	Transfer	Modelle des Wissenstransfers (PARISH, IOWA, PEPPA, Basler HI-Programm, ...) KVP	1-3
... an der DM-Forschung mitzuwirken	Vertiefung Forschung	Datenqualität (Entwickeln von Kennzahlen, Gütekriterien, ...) Datenerhebung und -auswertung Evaluationsforschung Grundlagen Statistik	5-10
		Σ	30-60

5.3. Fortbildungen Medizinerinnen bzw. Mediziner

In Bezug auf die Rückmeldungen der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner wurde angemerkt, dass vor allem Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner, die Interesse haben, sich am DMP CHI zu beteiligen, über vertieftes medizinisches Fachwissen verfügen müssen. Es wird angeregt, dass die österreichische Gesellschaft für Kardiologie, die am europäischen Curriculum und der TaskForce (Deutschland, Schweiz und Österreich) mitwirkte, in Kooperation mit der Gesellschaft für Allgemeinmedizin Module zu den Themen:

- Leben und Lebensqualität mit CHI,
- Diagnostik und
- Therapie (von der Gesundheitsförderung, Prävention bis zur Nachsorge)

eine Weiterbildung für Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner entwickeln sollte. Die Entscheidung darüber, welche Abschlüsse bzw. Zertifikate ausgestellt werden könnten, ist noch zu treffen. Kurze Ein- bis Zwei-Tages-Seminare werden bevorzugt, ebenso sind vertiefte Einheiten bei Kongressen, die einem Zertifikat anzurechnen wären, vorstellbar. Es wird ebenso angeregt, die interdisziplinären und multiprofessionellen verhaltenswissenschaftlichen Module zu absolvieren. Dies nicht alleine um die möglichen blinden Flecken in der Kommunikation zu identifizieren, sondern vor allem auch um ein Verständnis für ein Miteinander im Team zu erwerben und mizuhelfen, das Hierarchiegefälle zwischen den Berufsgruppen zu minimieren.

Um die Kontinuität der Versorgung vermehrt zu sichern, werden weitere wissensgenerierende Möglichkeiten in der Praxis angeregt.

5.4. Weitere multiprofessionelle Kompetenzvertiefungen

- Es werden regelmäßig, d.h. in fix vorgegebenen Intervallen, stattfindende **Fallkonferenzen** empfohlen. In diesen werden schwierige Versorgungsfälle im multiprofessionellen Team diskutiert. Berufsgruppen der Pharmakologinnen bzw. Pharmakologen, Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter, Psychologinnen bzw. Psychologen, Pädagoginnen bzw. Pädagogen udgl., all jene, die in der Versorgung von Menschen in DMP betraut werden, sollen – je nach Komplexität des Falles – in den Fallkonferenzen zur Diskussion hinzugezogen werden. Das Prinzip der Gleichwertigkeit der an den Fallkonferenzen teilnehmenden Personen ist Voraussetzung für eine konstruktive Best-Practice-Lösung. Die Koordination und Vorbereitung sollte eine im Kernprozess des DMP stehende Person innehaben (am wahrscheinlichsten eine Pflegekraft oder eine Medizinerin bzw. ein Mediziner).
- Um die Prozesse in der Zusammenarbeit (auch wenn diese schriftlich fixiert sind) zu optimieren, wird angeregt, einmal pro Jahr ein **Innovations Lab** durchzuführen. ‚Holpersteine‘ können dabei aus mehreren Perspektiven beleuchtet sowie neue Lösungen für alle verbindlich festgehalten und niedergeschrieben werden. Eines der Prinzipien ist der Wunsch durch „Denken über den Tellerrand“ zu kreativen lebhaften Lösungen zu gelangen.
- **Qualitätszirkel** können sowohl für inhaltlich wissenschaftliche Fragen und Problemstellungen als auch organisatorische Besprechungen herangezogen werden.
- Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, die im DMP CHI involviert sind, sollten in regelmäßigen Abständen ein **Notfallmanagement bzw. -training** absolvieren.
- **Gemeinsame Konferenzen**, in denen wissenschaftliche Perspektiven der unterschiedlichen Berufsgruppen Raum finden, sollten zukünftig eine Selbstverständlichkeit darstellen.

Kritische Punkte in der Umsetzung neuartiger Fortbildungsideen sind wie beim Basler Programm (Bläuer et al., 2011) und den Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartnern exemplarisch angesprochen, der Wechsel der verantwortlichen Personen in den Programmen (v.a. bei den Trainings) als auch die zur Verfügung gestellten Ressourcen der Arbeitgeber v.a. an Zeit. So ist bei der Auswahl von Fortbildungsprogrammen auf Kontinuität und Nachhaltigkeit zu achten.

6. VERZEICHNISSE

6.1. Literaturverzeichnis

- BÄK, KBV & AWMF. (2019). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung* (3. Auflage, Version 1) (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hrsg.). Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2019-10_01.pdf
<https://doi.org/10.6101/AZQ/000465>
- Baldewijns, K., Brunner-La Rocca, H.-P., Maesschalck, L. de, Devillé, A. & Boyne, J. (2019). Unravelling heart failure nurses' education: Content comparison of heart failure nurses' education in three European Society of Cardiology states and the Heart Failure Association heart failure curriculum. *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 18(8), 711–719. <https://doi.org/10.1177/1474515119863179>
- Bläuer, C., Mahrer-Imhof, R., Brunner-La Rocca, H., Müller, C., Eze, G., Milbich, I. et al. (2011). Entwicklung und Implementierung eines multidisziplinären pflegegeleiteten Programms zur stationären Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz: Das Basler HI-Programm. *Pflege* [Development and implementation of a multidisciplinary nurse-led educational programme for inpatients with heart failure: the Basel-HF-Programme], 24(1), 29–41. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000089>
- BMASGK. (2019). *Primärversorgung - Berufsgruppen und Kompetenzprofile. Kompetenzprofile Kernteam* (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hrsg.). Wien. Zugriff am 10.09.2018. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/3/7/CH3973/CMS1561364586319/konzept_bg_kompetenzprofile_2019_nach_b-zk.pdf
- BMGF. (2016). *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur* (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hrsg.). Zugriff am 19.07.2021. Verfügbar unter: <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/strategie-zur-verbesserung-der-gesprachsqualitaet.pdf>
- BMUKK. (2012). *Lernergebnisorientierung in der Erwachsenenbildung. Leitfaden zur lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung* (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Hrsg.). Wien. Zugriff am 07.08.2020. Verfügbar unter: https://erwachsenenbildung.at/downloads/service/Lernergebnisorientierung_Leitfaden_web.pdf
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. (o.D.). *Der Nationale Qualifikationsrahmen (NQR (Nationale Qualifikationsrahmen))/ Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR (Europäische Qualifikationsrahmen))*. Zugriff am 07.08.2020. Verfügbar unter: <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/Hochschule-und-Universitaet/Studium/NQR.html>
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. (2005). *Empowerment. Eine Handreichung für die Projektarbeit im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL*. Bonn. Zugriff am 07.08.2020. Verfügbar unter: http://www.allianz-gf-wien.at/fileadmin/daten-allianz-gf-wien/AZ/2005-03-01-empowerment_property_pdf_bereich_equal_sprache_de_rwb_true.pdf

- Camenzid, M. (2020). Die Beweise liegen auf dem Tisch: Pflege spart Milliarden. Analyse von Personalausstattung, unerwünschten Ereignissen und Gesundheitskosten. *Krankenpflege*, (09), 13–17. Zugriff am 19.07.2021. Verfügbar unter: https://www.sbk.ch/files/sbk/archiv_zeitschrift/opendocs/2009_DE_Titelthema_Simon_komplett.pdf
- Case, R., Haynes, D., Holaday, B. & Parker, V. G. (2010). Evidence-based nursing: the role of the advanced practice registered nurse in the management of heart failure patients in the outpatient setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(2), 57-62. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181c92efb>
- Davidson, P. M., Newton, P. J., Tankumpuan, T., Paull, G. & Dennison-Himmelfarb, C. (2015). Multidisciplinary management of chronic heart failure: principles and future trends. *Clinical Therapeutics*, 37(10), 2225–2233. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2015.08.021>
- Frey, N., Albrecht, A., Bauersachs, J., Hasenfuss, G., Laufs, U., Luchner, A. et al. (2018). Curriculum Herzinsuffizienz. *Der Kardiologe*, 12(1), 56–67. <https://doi.org/10.1007/s12181-018-0225-x>
- GÖG. (2019). *Qualifikationsprofil Führen in der Pflege. Ergebnisbericht* (Gesundheit Österreich GmbH, Hrsg.). Wien. Zugriff am 07.08.2020. Verfügbar unter: https://jasmin.goeg.at/1131/1/Qualifikationsprofil_Fuehren_Pflege_bf.pdf
- GÖG & BMG. (2015). *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich*. Ergebnisbericht (Gesundheit Österreich GmbH & Bundesministerin für Gesundheit, Hrsg.). Wien. Zugriff am 19.07.2021. Verfügbar unter: https://jasmin.goeg.at/162/1/Verbesserung%20der%20Gespr%C3%A4chsqualit%C3%A4t_kurzbericht.pdf
- GÖG & BMGF. (2017). *Curriculum Ordinationsassistenten. Basis- und Aufbauomodul*. Medizinische Assistenzberufe Band 6 (Gesundheit Österreich GmbH & Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hrsg.). Wien. Zugriff am 19.07.2021. Verfügbar unter: https://jasmin.goeg.at/274/1/Ordinationsassistenten_Bd_6.pdf
- Herriger, N. (2002). *Empowerment - Brückenschläge zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 07.08.2020. Verfügbar unter: <https://www.empowerment.de/files/Materialie-2-Empowerment-Brueckenschlaege-zur-Gesundheitsfoerderung.pdf>
- Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5. aktualisierte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer Verlag. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflicht-1282863>
- Kleinhenz, S. (2015). *Dialogisches Management zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit. Personal- und Organisationsentwicklung für Führungskräfte* (Essentials). Wiesbaden: Springer.
- Kolbe, N. (2020). Neue Versorgungsstandards bei Herzinsuffizienz. *Heilberufe*, 72(7-8), 18–21. <https://doi.org/10.1007/s00058-020-1554-2>
- Lenz, A. (Hrsg.). (2002). *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation* (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 10). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Mohacsi, P., Maeder, M. T., Andreas, F. J., Meyer, P., Moschovitis, G., Paul, M. et al. (2018). Positionspapier «Herzinsuffizienz-Curriculum» der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der SGK. *Cardiovascular Medicine*, 21(01), 26–32. Ein Curriculum für Herzinsuffizienz ist als Grundlage für die Entwicklung erforderlicher nationaler Strukturen unumgänglich. <https://doi.org/10.4414/cvm.2018.00537>
- Mörtl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A. et al. (2017). Disease management programs in chronic heart failure. Position statement of the Heart Failure

- Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23-24), 869–878. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0>
- Österreichische Bundesregierung. Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG). Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Fassung vom 27.04.2021. Zugriff am 19.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>
- Oyanguren, J., Latorre García, P. M., Torcal Laguna, J., Lekuona Goya, I., Rubio Martín, S., Maull Lafuente, E. et al. (2016). Effectiveness and Factors Determining the Success of Management Programs for Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Revista Espanola De Cardiologia (English Ed.)*, 69(10), 900–914. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.05.012>
- Pankhofer, S. (2000). *Empowerment konkret! Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis* (Dimensionen Sozialer Arbeit und der Pflege, Bd. 4, eBook (PDF) Reprint 2016). Berlin, Boston, Stuttgart: De Gruyter Oldenbourg; Lucius und Lucius.
- Pankofer, S. (2000). Empowerment - eine Einführung. In *Empowerment konkret! Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis* (S. 7–22).
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. et al. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- Riedel, M. & Cypionka, T. (2012). Health Professionals der Zukunft. *Health System Watch*, (1), 1–16. Zugriff am 19.07.2021. Verfügbar unter: https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/3146/1/hsw12_1d.pdf
- Riley, J. P., Astin, F., Crespo-Leiro, M. G., Deaton, C. M., Kienhorst, J., Lambrinou, E. et al. (2016). Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum. *European Journal of Heart Failure*, 18(7), 736–743. <https://doi.org/10.1002/ejhf.568>
- Störk, S., Kindermann, I., Jacobs, M., Perings, S., Raake, P., Rosenkranz, S. et al. (2020). Fortbildungscurriculum: Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz. *Aktuelle Kardiologie*, 9(01), 90–95. <https://doi.org/10.1055/a-1063-0321>
- Strömberg, A., Mårtensson, J., Fridlund, B., Leving, L.-A., Karlsson, J.-E. & Dahlström, U. (2003). 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*, 24(11), 1014–1023. [https://doi.org/10.1016/S0195-668X\(03\)00112-X](https://doi.org/10.1016/S0195-668X(03)00112-X)
- Ullmann, P., Thissen, K., Ullmann, B., Schwerdt, R., Haynert, H., Grissom, B. et al. (2011). *Positionspapier Deutschland. "Die kopernikanische Wende"*. Zugriff am 19.07.2021. Verfügbar unter: <http://www.dnapn.de/wp-content/uploads/Positionspapier-des-Deutschen-Netzwerkes-APN-und-ANP%20off.pdf>

6.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kompetenzschwerpunkte der Gesundheitsanbieterinnen bzw. Gesundheitsanbieter in der Integrierten Versorgung/im DMP	162
Abbildung 2: Wirkungsmodelle zur Verbesserung der Gesprächsqualität	167
Abbildung 3: Modularer Aufbau des Curriculums Herzinsuffizienz	172
Abbildung 4: Specific Learning Objectives of the Heart Failure (HF) Nurse Curriculum	173
Abbildung 5: Curriculum „Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz“ für Ordinationsassistenten	174

6.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Herausforderungen an Gesundheitsprofessionals in der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten in Disease-Management-Programmen	158
Tabelle 2: Rollen, Anzahl und Herkunft der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner	159
Tabelle 3: Interviewsettings	160
Tabelle 4: Kompetenzangaben der Interviewpartnerinnen/Interviewpartner in den Schwerpunkten Fachwissen, Kommunikation/Empowerment und Netzwerke/Prozesse	162
Tabelle 5: Auszüge Angebote in Fort- und Weiterbildungen CHI – Österreich	168
Tabelle 6: Auszüge Angebote in Fort- und Weiterbildungen CHI – Schweiz	169
Tabelle 7: Auszüge Angebote in Fort- und Weiterbildungen CHI – Deutschland	170
Tabelle 8: Auszüge Angebote in Fort- und Weiterbildungen CHI – Niederlande, Belgien und Übersee	171
Tabelle 9: Qualitätsniveau 4 bis 8 des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen	176
Tabelle 10: Vorschlag Curriculum Pflege (Niveau 1)	178
Tabelle 11: Vorschlag Curriculum Pflege (Niveau 2)	180

Teil IV

Telemonitoring – Barrieren und Motivatoren



Schwaninger, Isabel

Meißner, Janis

Fitzpatrick, Geraldine

TU Wien, 2020

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
DM	Disease-Management
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
HCI	Human Computer Interaction
HI	Herzinsuffizienz
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
TM	Telemonitoring
TU Wien	Technische Universität Wien
u.a.	unter anderem

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	189
MANAGEMENT SUMMARY	192
1. HINTERGRUND	193
1.1. Ausgangslage	193
1.2. Zielsetzung des Teilkonzepts	194
2. LITERATUR: NUTZUNG VON TELEMONITORING DURCH PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN	195
3. METHODISCHES VORGEHEN	199
3.1. Ethik	200
3.2. Methodische Planung	200
3.3. Interviews mit Expertinnen bzw. Experten	200
3.4. Patientinnen- bzw. Patientensicht: Persönliche Interviews, Telefoninterviews, Tagebücher	201
4. ERGEBNISSE	203
4.1. Sichtweisen von Expertinnen bzw. Experten	203
4.1.1. Relevante Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring	204
4.1.2. Barrieren	206
4.1.3. Motivatoren	207
4.1.4. Zusammenfassung der Sicht der Expertinnen bzw. Experten	209
4.2. Sichtweisen von Patientinnen bzw. Patienten	209
4.2.1. Relevante Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring	210
4.2.2. Barrieren	211
4.2.3. Motivatoren	213
4.2.4. Zusammenfassung der Patientinnen- bzw. Patientensicht	216
5. DISKUSSION UND EMPFOHLENE MAßNAHMEN	216
5.1. Entscheidende Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring	216
5.2. Empfohlene Maßnahmen	221
6. SCHLUSSFOLGERUNG	222

7. VERZEICHNISSE	224
7.1. Literaturverzeichnis	224
7.2. Tabellenverzeichnis	226
ANHANG A: LEITFADEN EXPERTINNEN- BZW. EXPERTENINTER-VIEWS	227
ANHANG B: LEITFADEN FÜR PERSÖNLICHE INTERVIEWS MIT PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN	229
ANHANG C: LEITFADEN TELEFONINTERVIEWS MIT PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN	230
ANHANG D: MATERIAL FÜR DIE TAGEBUCHSTUDIE	231

MANAGEMENT SUMMARY

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) arbeitet derzeit an der Erstellung eines Konzepts für ein österreichweites Disease-Management (DM) für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (CHI). Darin soll erforscht werden, welche Rolle das Telemonitoring bei der Behandlung dieser einnehmen könnte und welche Barrieren und Motivatoren im Zusammenhang mit der Nutzung von Telemonitoring aus Sicht der Patientinnen bzw. Patienten existieren. Der Forschungsbereich ‚Mensch-Computer Interaktion‘ (HCI) der Fakultät für Informatik an der TU Wien wurde hierfür mit einer sechsmonatigen Studie beauftragt. Im Rahmen dieser Studie wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und ein qualitatives Studiendesign vorgenommen, um die Erfahrungen von Patientinnen bzw. Patienten aus unterschiedlichen Versorgungssituationen zu erheben. Um die Behandlungskontexte und die Bedürfnisse der Patientinnen bzw. Patienten zu erforschen, wurde qualitativ gearbeitet. So wurden insgesamt drei Expertinnen- bzw. Experteninterviews sowie Patientinnen- bzw. Patientensichtweisen in Form von semistrukturierten Interviews und einer Tagebuchstudie durchgeführt. Insgesamt wurden dabei 27 Patientinnen bzw. Patienten aus vier Behandlungskontexten in Niederösterreich, Tirol und Kärnten befragt. Die Ergebnisse wurden induktiv analysiert.

Die Analyse der Expertinnen- bzw. Experteninterviews ergab Barrieren, die individuelle, soziale, infrastrukturelle und technische Faktoren beinhalteten. Ebenso ergaben sich Motivatoren in Bezug auf die gefühlte verbesserte Lebensqualität, ein Gefühl der Sicherheit, Kommunikation und eine Verminderung des logistischen Aufwandes für die Patientinnen bzw. Patienten. Durch die Analyse der Patientinnen- bzw. Patientensicht wurden auch Themen, wie die Vermittlung von Informationen und Bewusstsein, Lebensumstände, Assoziationen mit Technologien, Technologieaneignung, Wohlbefinden, zeitliche, örtliche und soziale Routinen, Erfahrungen in der Behandlung und Selbstbestimmtheit der Patientinnen bzw. Patienten relevant.

Aus dieser Analyse ließen sich acht Empfehlungen für die Nutzung von Telemonitoring ableiten:

- Berücksichtigung individueller Unterschiede,
- Einbettung alltäglicher Behandlungspraktiken und Selbstmanagement in den Alltag der Patientinnen bzw. Patienten,
- Berücksichtigung von Zugang zu technischer Infrastruktur,
- Fokus auf allgemeines Wohlbefinden anderer Menschen für das Wohlbefinden der Patientinnen bzw. Patienten,
- Schaffung von Zugang zu Ressourcen für die Patientinnen bzw. Patienten über Ansprechpersonen,
- Schaffung von Bewusstsein und Interesse an der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung,
- Berücksichtigung des persönlichen Umfeldes in das Selbstmanagement,
- Schaffung von Handlungsspielräumen für Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten in besonderen Situationen.

1. HINTERGRUND

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) arbeitet derzeit an der Erstellung eines Konzepts für ein österreichweites Disease-Management für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (CHI). Im Rahmen dieses Projekts soll auch erforscht werden, welche Rolle das Telemonitoring bei der Behandlung einnehmen könnte und welche Barrieren und Motivatoren es im Zusammenhang mit der Nutzung von Telemonitoring durch Patientinnen bzw. Patienten mit CHI gibt. Das CCIV hat daher den Forschungsbereich ‚Mensch-Computer Interaktion‘ (HCI) der TU Wien mit einem Teilkonzept beauftragt, um diesen Fragen der Technologieeinbindung und -nutzung nachzugehen. Besonderer Fokus sollte dabei auf den spezifischen Behandlungskontext in Österreich und die verschiedenen Perspektiven von CHI-Patientinnen bzw. -Patienten in unterschiedlichen Behandlungssituationen gelegt werden.

Die Studie wurde Ende 2019 in Auftrag gegeben und in einem Zeitraum von sechs Monaten (von Jänner bis Juni 2020) durchgeführt. Das dreiköpfige Forschungsteam bestand aus erfahrenen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Forschungsbereichs ‚Mensch-Computer Interaktion‘ der TU Wien. Im vorliegenden Projektbericht werden das Vorgehen dabei und die Ergebnisse der erfolgten Studie präsentiert.

1.1. Ausgangslage

In Österreich ist das Telemonitoring bei der Behandlung von chronischen Krankheiten noch nicht flächendeckend im Einsatz. Dies gilt folglich auch für die Behandlung von CHI. Allerdings existieren bereits einige regionale Initiativen und Pilotprojekte zur Verbesserung dieser, in denen u.a. auch mit Telemonitoring experimentiert wird. Das Projekt ‚HerzMobil Tirol‘ stellt z.B. ein dreimonatiges Betreuungsprogramm dar, in dem neben einer intensiven Betreuung durch medizinisches Fachpersonal auch eine Kombination von Blutdruckmessgerät, Waage und Smartphone-App verwendet wird, um regelmäßig Daten zum Gesundheitszustand und Wohlbefinden der Patientinnen bzw. Patienten an das Fachpersonal zu übertragen. Patientinnen bzw. Patienten, die gerade nicht in stationärer oder ambulanter Behandlung sind, stehen dadurch im engeren Austausch mit ihren betreuenden Ärztinnen bzw. Ärzten und dem Pflegepersonal, wodurch schneller auf plötzliche Veränderungen im Gesundheitszustand reagiert werden kann.

Solche Programme stellen österreichweit bisher allerdings eher die Ausnahme dar. Pilotprojekte hängen stark vom eigenständigen Einsatz und von verfügbaren Ressourcen der jeweiligen Behandlungsstätten ab. Oftmals werden neben der fortlaufenden Behandlung von CHI-Patientinnen bzw. -Patienten keine zusätzlichen Experimente durchgeführt. Zudem gibt es durch das österreichische Gesundheitssystem viele regionale Unterschiede in der Versorgungslage, die Patientinnen bzw. Patienten je nach ihrem Wohnort, ihrer Gesundheitssituation und ihrem Betreuungskontext zur Verfügung steht. Durch die Einbindung von zusätzlichen Technologien wird die Komplexität in solchen unterschiedlichen Behandlungssituationen weiter vergrößert, zudem fehlt es an einer einheitlichen Definition dessen, wie genau Telemonitoring in der Praxis umzusetzen ist. Fachlich ist dieses im Bereich der Telemedizin angesiedelt, wobei jene in Österreich als *„die Bereitstellung oder Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei Patientin bzw. Patient und Gesundheitsdiensteanbieter (GDA, das sind insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Pfl-*

gepersonal) oder zwei GDA nicht am selben Ort anwesend sind“ (BMSGPK, 2019). Die Telemedizin umfasst auch das Telemonitoring, also „die medizinische Überwachung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten aus der Entfernung“ (BMSGPK, 2019). Ohne umfassende wissenschaftliche Studien, durch die verschiedene technische Möglichkeiten in Relation zu spezifischen Behandlungskontexten gesetzt werden, bleibt jedoch die Frage, wie effektiv eine flächendeckende Einführung von Telemonitoring in Österreich tatsächlich wäre, weiterhin offen. In Anbetracht der komplexen Gesamtsituation mit regionalen Unterschieden in der medizinischen Infrastruktur und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen bzw. Patienten ist auch davon auszugehen, dass es keine Lösung nach dem ‚one size fits all‘-Prinzip geben kann.

Die vorliegende Studie wagt daher einen Schritt in die Richtung, eine erste Übersicht über die vielen verschiedenen möglichen Barrieren und Motivatoren aus Sicht der Patientinnen bzw. Patienten zu gewinnen. Mit diesem Wissen hoffen die Verfasserinnen einen pragmatischen Beitrag dazu leisten zu können, dass künftige Pilotprojekte diese vielseitigen Faktoren dazu und inwiefern Telemonitoring in welcher technischen Umsetzung für die Behandlung von CHI Sinn macht – oder auch nicht – besser in ihrem jeweiligen Vorhaben berücksichtigen und abwägen können.

1.2. Zielsetzung des Teilkonzepts

Dieses Forschungsprojekt befasst sich gezielt mit den Einflussfaktoren rund um die Verwendung von Telemonitoring zur Beobachtung von Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Die Verfasserinnen definieren Telemonitoring hierbei für ihre eigenen Forschungszwecke nicht im Sinne einer vorgegebenen Technologie, sondern ganz allgemein als die automatische Übertragung der medizinischen Messdaten von Patientinnen bzw. Patienten an medizinisches Fachpersonal. In Bezug auf chronische Herzinsuffizienz bildet das Telemonitoring ein besonders relevantes Thema, da eine regelmäßige Überprüfung von Blutdruckwerten, Herzfrequenz und Gewichtsveränderungen Hinweise auf krankheitsbedingte Zustandsveränderungen geben kann. Bei einer automatischen elektronischen Datenübertragung kann daher eventuell schneller und kapazitätenschonender auf Verschlechterungen reagiert werden als beispielsweise durch ambulante Routineuntersuchungen in festgelegten Abständen. Abgesehen von dieser Möglichkeit des Frühwarnungssystems können je nach technischer Umsetzung Telemonitoringstechnologien zudem weitere Zwecke in der Behandlung und Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten erfüllen, die über diese enge funktionelle Definition hinausgehen. Z.B. könnte eine Lösung mittels Smartphone-App auch einen zusätzlichen Kommunikationskanal mit geschultem Pflegepersonal ermöglichen, in dem sich Patientinnen bzw. Patienten bei spontan auftretenden Fragen und Unsicherheiten direkt an diese wenden können.

Mit diesem technisch offenen Verständnis von Telemonitoring wurde für die vorliegende Untersuchung folgende Forschungsfrage formuliert: *Was brauchen CHI-Patientinnen bzw. Patienten, um Telemonitoring nutzen zu können?* Konkret war dabei besonders von Interesse, welche spezifischen Barrieren und Motivationen diese Zielgruppe dabei für sich selbst sieht. Der Forschungsfokus lag somit in erster Linie auf den Patientinnen- bzw. Patientensichtweisen und auf den spezifischen Erfahrungen, die diese im Rahmen ihrer Behandlungen in individuell unterschiedlichen Lebens- und Behandlungskontexten gesammelt haben. Dahinter stand das Ziel, eine möglichst große Vielfalt von praktisch förderlichen und hinderlichen Faktoren zu ermitteln, die einen Einfluss auf eine regelmäßige Nutzung von Telemonitoringstechnologien haben könnten.

Mit dem CCIV wurde dazu ein Projektauftrag vereinbart, wobei vom Forschungsteam die folgenden Tätigkeiten erbracht werden sollten:

1. Literaturrecherche („narrative review“; inkl. Best Practices auf nationaler und internationaler Ebene),
2. Design einer Studie, in der unterschiedliche Erfahrungen von Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmern eingebunden, verschiedene Versorgungssituationen berücksichtigt und die Varianzen innerhalb einer Zielgruppe dargestellt werden,
3. Hintergrundinterviews mit CHI-Expertinnen bzw. -Experten um abzugrenzen, was Telemonitoring i.R. eines Disease-Managements für chronische Herzinsuffizienz umfasst, um einzuschätzen, welche unterschiedlichen Zielgruppen von Patientinnen bzw. Patienten entstehen könnte (CHI-Expertinnen bzw. Experten mit verschiedenen Gesundheitsberufen, Einbindung von Erfahrungen aus bisherigen Pilotprojekten),
4. Erhebung der Sichtweisen von Patientinnen bzw. Patienten durch deren direkte Einbindung in einen induktiven, qualitativen Forschungsansatz (Patientinnen bzw. Patienten aus unterschiedlichen Bundesländern und Versorgungskontexten, Patientinnen bzw. Patienten mit und ohne Erfahrung mit Telemonitoring),
5. Definition der Zielgruppe(n) für Interviews/Gruppendiskussionen,
6. Auswertung der Ergebnisse und deren Interpretation,
7. Verfassen eines Berichtes zur Studie.

Entsprechend dieses Projektauftrages werden im vorliegenden Bericht der Ablauf der erfolgten Studie dokumentiert und die Studienergebnisse mit Hinblick darauf, wie diese in praktische Maßnahmen einfließen könnten, präsentiert.

2. LITERATUR: NUTZUNG VON TELEMONITORING DURCH PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN

Das vorliegende Kapitel gibt einen Überblick über einschlägige Fachliteratur aus nationalen und internationalen Fachzeitschriften, wobei auf wesentliche Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring aus Sicht der Patientinnen bzw. Patienten eingegangen wird. Sofern für das behandelte Thema relevant, werden auch einschlägige Studien zur Telemedizin und die Verwendung assistiver Technologien im Allgemeinen zitiert, wenn sie beispielsweise wesentliche Faktoren für die langfristige Nutzung von Technologien zur medizinischen Behandlung aus Sicht von Patientinnen bzw. Patienten beschreiben.

Ein wesentliches Ziel im vorliegenden Kapitel ist es, den ‚State of the Art‘ in Hinblick auf die Sicht der Patientinnen bzw. Patienten und allfällige Barrieren und Motivatoren für die Nutzung von Telemonitoring in Form eines ‚Narrative Literature Review‘ (Ferrari, 2015) zu präsentieren.¹ Die herangezogene Literatur wurde einerseits von den Auftraggeberinnen bzw.

¹ Ein Narrative Literature Review ohne Methodenbeschreibung ist die gängige Standardpraxis im Forschungsfeld der HCI und ist wie folgt definiert: „[a narrative literature review provides] a synthesis of published literature on a topic and describes its current state-of-art. Reviews in clinical research are thus useful when designing studies“ (Ferrari, 2015, S. 230), ferner, „the methods used to select the articles may not be described“ (Ferrari, 2015, S. 231). Zumal ein solcher Narrative Literature Review in unserem Forschungsfeld die geläufige Standard-Praxis darstellt, haben die Verfasserinnen die Methodik ihres ‚Literature Review‘, anders als das bei systematischen Literature Reviews geläufig wäre, nicht ausführlich im Bericht angeführt. Vgl. dazu auch das im vorliegenden Bericht zitierte Werk von Derboven et al. (2020), welches ein typisches Beispiel eines Literature Review ohne

Auftraggebern der vorliegenden Studie, dem CCIV, vorgegeben. Zusätzlich wurde einschlägige Literatur aus dem Forschungsbereich ‚Mensch-Computer Interaktion‘ und ‚Computer Supported Cooperative Work‘ (CSCW) der Informatik, Medizinische Informatik und Health Information Technologies herangezogen. Im Feld der Informatik wurde die Datenbank ‚dl.acm.org‘ im Zeitraum der vergangenen fünf Jahre auf folgende Schlüsselwörter durchsucht: ‚heart insufficiency OR cardiad insufficiency‘ (drei Ergebnisse) und ‚heart failure‘ (272 Ergebnisse) sowie ‚heart failure NOT classification NOT rehabilitation NOT model NOT real time NOT machine learning‘ (37 Ergebnisse), um technische Papers zu exkludieren. Schrittweise wurden auch die Referenzen in den relevanten Publikationen verfolgt und die die Ergebnisse durch Forschungsbeiträge zu Barrieren und Motivatoren bzw. Erfahrungen von Patientinnen bzw. Patienten aus einer interdisziplinär ausgewählten Bandbreite an internationalen Fachzeitschriften ergänzt. Dabei handelt es sich etwa um das „International Journal of Medical Informatics“, das „Journal of Assistive Technologies“, „Studies in health technology and informatics“, „Behaviour & Information Technology“, „Computer Supported Cooperative Work“ (Springer), „Cardiac Failure Review“, „Biomedical Journal, Social Science & Medicine“, „Telemedicine and E-Health“, „The Journal of Product Innovation Management“, „Facilitating Daily Life Integration of Technologies for Active and Healthy Aging“, „Informationsmanagement in Theorie und Praxis“ (Springer) und „Implementation Sciences“. Im Zuge des kritischen Reviews wurden induktiv relevante Themen für das Verständnis von Barrieren und Motivatoren inkl. ‚Best Practices‘ auf nationaler und internationaler Ebene, die im Folgenden beschrieben werden, erarbeitet.

Telemedizin und alltägliche Praktiken. Allgemein ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor von Telemedizin aus Sicht der Patientinnen bzw. Patienten, dass diese in den Alltag und in alltägliche Gesundheitsroutinen integriert ist. So muss die Behandlung, wenn sie zu einem Teil des Alltags wird, aber auch in die Umgebung passen (Vassilev et al., 2015). Die Nutzung von Technologien im Rahmen von Telemedizin kann daher auch Herausforderungen mit sich bringen, da ggf. alltägliche Lebensräume neue Bedeutung finden und Einstellungen und existierende Technologien, individuelle Präferenzen und Interessen sowie Räume im Alltag verändert werden (Axelrod et al., 2009). Wesentlich ist auch, dass Technologien häufig fragile, an das Zuhause gebundene Nutzerinnen bzw. Nutzer vorsehen, wohingegen Patientinnen bzw. Patienten tatsächlich durchaus motiviert sind, soziale Netzwerke auch außerhalb ihrer Lebensräume zu Hause zu pflegen und mobil zu sein (Aceros, Pols & Domènech, 2015). Zudem können sich alltägliche Lebensräume speziell durch die Verwendung von Technologien und einhergehende Praktiken verändern, wobei das zu Hause ggf. als erweiterte Pflegeinstitution wahrgenommen werden kann (Boyne & Vrijhoef, 2013). So kann eine Barriere für die Nutzung von Technologien für Telemedizin die Unvereinbarkeit mit gewohnten Praktiken und auch Verhaltensweisen und Inanspruchnahme von Services entstehen, die in der Vergangenheit geschätzt wurden (Sanders et al., 2012).

Beziehungen zu medizinischem Fachpersonal: ein wesentlicher Faktor. Durch die Verwendung von Telemonitoring kommt es häufig zu einer Veränderung der Beziehungen zwischen medizinischem Fachpersonal und Patientinnen bzw. Patienten (Sharma & Clarke, 2014; Titscher, 2006). Dies kann im Allgemeinen aber auch eine Chance bedeuten (Vassilev

ausführlicher Methodik ist. Da der hier gewählte Ansatz insbesondere für Kolleginnen bzw. Kollegen neuartig ist, die in einer Forschungskultur zu Hause sind, in der systematische Reviews die gängige Praxis darstellen, haben die Verfasserinnen im vorliegenden Endbericht dennoch spezifischere Details zu ihrer Vorgehensweise angeführt.

et al., 2015). Um eine hohe Qualität der Beziehung zwischen diesen beiden Personenkreisen zu gewährleisten, ist eine Verhandlung dieser notwendig (Gensini, Alderighi, Rasoini, Mazzanti & Casolo, 2017). Abgesehen davon kann Telemonitoring eine gute Beziehung zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten zwar ergänzen, keinesfalls aber ersetzen (Köhler et al., 2007). Die Gewährleistung einer persönlichen Gesundheitsversorgung wirft jedenfalls organisatorische Fragen auf, da eine gewisse räumliche Nähe als Voraussetzung für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung angesehen werden kann (Korb, 2005) und ein patientinnen- bzw. patientenzentriertes Management von CHI gute Beziehungen in der Behandlung erfordert (Di Lenarda et al., 2017).

Verhandlung von (neuen) Rollen und Selbst-Management im Alltag. Soziale Unterstützung ist einer der wesentlichen Faktoren für ältere Menschen, um Technologien (auch im Rahmen medizinischer Behandlungen) zu verwenden (Lee & Coughlin, 2015). Die Verwendung von Telemedizin in alltäglichen Lebensräumen geht daher auch mit einer Veränderung von Verantwortlichkeiten und Rollen einher, wobei neue Akteurinnen bzw. Akteure im Versorgungsnetzwerk tätig werden können, wie das auch beim Telemonitoring der Fall ist. So ist etwa auch ein informelles Versorgungsnetzwerk der Patientinnen bzw. Patienten wichtig, wobei Verantwortlichkeiten und Rollen neu verhandelt werden (Milligan, Roberts & Mort, 2011). Ein wesentlicher Teil der alltäglichen Praktiken in der Behandlung wird auch von informellen Pflegenden geleistet, die zum Wohlbefinden der Patientinnen bzw. Patienten beitragen und deren Fähigkeiten unterstützen, ihre Aufgaben im Selbstmanagement (wie beispielsweise bei der Einnahme von Medikation und anderen Routinen) zu verrichten (Clark et al., 2014). Für einzelne Patientinnen bzw. Patienten stellt sich aber auch die Frage, inwieweit eine Bereitschaft zur Unterstützung zu Hause, etwa durch Angehörige, vorhanden ist (Ezekowitz et al., 2017). Für eine erfolgreiche Umsetzung von Telemedizin sollte das Angebot daher gut in das breitere soziale Netzwerk der jeweiligen Patientinnen bzw. Patienten integriert werden bzw. mit existierenden Praktiken innerhalb dieser vereinbar sein (Wherton, Sugarhood, Procter, Hinder & Greenhalgh, 2015).

Patient Empowerment. Gut funktionierende Versorgungsnetzwerke von Telemonitoring können dazu beitragen, die Handlungsmacht der Patientinnen bzw. Patienten zu stärken. So wurde in der Vergangenheit immer wieder gefordert, dass Technologien von Patientinnen bzw. Patienten selbst als befähigend (und nicht als einschränkend) wahrgenommen werden, um das selbstständige Treffen von Entscheidungen zu ermöglichen bzw. unterstützen (Milligan et al., 2011). Durch kollaborative Praktiken in der Interpretation von Daten können Patientinnen bzw. Patienten etwa an Handlungsmacht gewinnen (Andersen, Bjørn, Kensing & Moll, 2011). So wurde durch eine Studie in Schottland sichtbar, dass Patientinnen bzw. Patienten, die Telemonitoring verwendeten, im tatsächlichen klinischen Management ihrer Behandlung/Krankheit stärker engagiert waren (Hanley, Ure, Pagliari, Sheikh & McKinstry, 2013). Patientinnen bzw. Patienten wird dabei eine „Expertinnen- bzw. Expertenrolle“ (Gensini et al., 2017; Titscher, 2006; Weik & Sauermann, 2016) zugeteilt, wodurch jedoch wiederum die Frage aufgeworfen wird, ob Patientinnen bzw. Patienten in der Rolle als ‚Managerinnen‘ bzw. ‚Manager‘ ihrer Gesundheit nicht auch überfordert werden können (Korb, 2005). Denn die gemeinsame Entscheidungsfindung, etwa durch die Einbeziehung der Patientinnen bzw. Patienten in medizinische Entscheidungsfindungen, wird nicht für alle Patientinnen bzw. Patienten gleich wahrgenommen, zumal ältere und weniger gebildete Patientinnen bzw. Patienten ‚paternalistische‘ Ärztinnen bzw. Ärzte bevorzugen könnten, die ihnen die Entscheidungen abnehmen (Wilkening, 2006).

Individuelle Unterschiede der Patientinnen bzw. Patienten und ihrer Beziehung zu Ärztinnen bzw. Ärzten. Studien zur Nutzung von Technologien im Rahmen medizinischer Behandlungen zeigen zudem, dass die Entscheidung älterer Menschen, Technologien zu verwenden, häufig durch die Empfehlungen von medizinischem Fachpersonal beeinflusst wird (Vaziri, 2018). Hierbei treten allerdings starke individuelle Unterschiede in Bezug auf psychologische Aspekte auf, da einzelne Patientinnen bzw. Patienten stärker nach Autonomie streben, während andere stärker nach Abhängigkeit suchen. Ebenso gibt es Unterschiede im individuellen Bedürfnis nach Kontrolle (Titscher, 2006). Die Unterschiede bei den individuellen Bedürfnissen über die Zeit hinweg stellen auch ein Grund dafür dar, weshalb Telemedizin an individuelle Bedürfnisse verschiedener Nutzerinnen bzw. Nutzer/Patientinnen bzw. Patienten anpassbar sein sollte (Wherton et al., 2015).

Abhängigkeit von technischen Geräten und die Relevanz von Schulungen. In Bezug auf assistive Technologien wird u.a. die Angst vor Abhängigkeit von diesen Technologien als Barriere angeführt (Yusif, Soar & Hafeez-Baig, 2016). So kann die Telemedizin aus Sicht älterer Menschen allgemein mit einer Bedrohung für die gefühlte Unabhängigkeit und das positive Altern assoziiert (Sanders et al., 2012) sowie die Nutzung assistiver Technologien als Stigma aufgefasst werden (Yusif et al., 2016). Umgekehrt können Technologien generell mit Stigma oder auch mit Status sowie mit (Un-)Abhängigkeit, mit Alter als auch mit Modernität und Jugend in Verbindung gebracht werden (Vassilev et al., 2015). Studien haben zudem gezeigt, dass die Akzeptanz assistiver Technologien mit höherem Bildungsgrad grundsätzlich höher ist (Boyne & Vrijhoef, 2013). Eine Studie in Taiwan machte deutlich, dass Bildung und Training besonders wichtig sind, um Ängste von Seiten der Patientinnen bzw. Patienten zu reduzieren und die Nutzung von Telemedizin zu verbessern (Huang, 2011). Umgekehrt können mangelnde Kompetenzen im Umgang mit Technologien sowie Aspekte der Bedienung von Geräten eine Barriere für die Nutzung von Telemedizin darstellen, die allerdings häufig auf Missverständnissen beruhen (Sanders et al., 2012).

Eigenverantwortung und Wissen. Wissensdefizite im Rahmen der Eigenverantwortung können ein Problem darstellen. So können etwa mangelndes Wissen über die Herzinsuffizienz selbst, fehlende oder falsche Deutung von Symptomen oder deren Anzeichen, mangelnde gefühlte Wichtigkeit in Bezug auf die Gewichtskontrolle, die Vermeidung der oder zu wenig Bewusstsein über die Bedeutung von Herzinsuffizienz zu gesundheitlichen Herausforderungen führen (Clark et al., 2014). Studien zufolge tendieren Patientinnen bzw. Patienten auch umso mehr zu Ängstlichkeit bei Herzkrankheiten, je weniger sie über die Krankheit wissen (Derboven, Voorend & Slegers, 2020). Dies erfordert aber auch Schulungen oder explizite Programme (Clark et al., 2014), sodass Patientinnen bzw. Patienten in Hinblick auf das Rauchen, technische Aspekte, die Einnahme von Medikation, physische Aktivitäten, den Umgang mit stressigen Situationen, Entspannung, Bewusstsein der Symptome und den Umgang mit Bewegung und individuellen Problemen geschult werden (Wilbacher, 2016).

Feedback der Geräte. Einerseits kann die Visualisierung von Symptomen und Feedback durch Geräte das Wissen um die eigene Gesundheit erhöhen, was für ein Gefühl von ‚Empowerment‘ hilfreich sein und positiv zu Verhaltensänderungen beitragen kann, da die Motivation der Patientinnen bzw. Patienten durch das Feedback und vermehrtes Bewusstsein gesteigert werden kann (Vassilev et al., 2015). Andererseits können altersbedingte Aspekte wie beispielsweise Vergesslichkeit, Konzentrationsprobleme sowie visuelle und kognitive Einschränkungen für einen solchen Erfolg, wie auch im Rahmen der Behandlung von Telemonitoring allgemein, ein Hindernis darstellen (Boyne & Vrijhoef, 2013). Dazu zählen auch

Schwierigkeiten dabei, sich zu erinnern, was wichtige und ‚richtige‘ Verhaltensweisen sind, welche Symptome (sofern sie erkannt werden) wie problematisch sind und wie mit diesen umgegangen werden kann (Clark et al., 2014).

Selbstwirksamkeit und andere Barrieren. Gerade wenn Technologien verwendet werden, ist Selbstwirksamkeit in Bezug auf diese Verwendung notwendig und kann, wenn diese fehlt, eine Barriere von Seiten der Patientinnen bzw. Patienten darstellen (Boyne & Vrijhoef, 2013). So hat statistisch gesehen eine höhere Selbstwirksamkeit, ebenso wie männliches Geschlecht, eine positive Auswirkung auf die Ausübung von ‚Self-Care‘ (Attaallah, Klymko & Hopp, 2016). Zuversicht stellt ebenso wie Erfahrung und Unabhängigkeit einen der wesentlichen Faktoren älterer Menschen bei der Aneignung von Technologien dar (Lee & Coughlin, 2015). Der Preis der assistiven Technologien kann für deren Nutzung jedoch eine Barriere darstellen (Yusif et al., 2016), wobei Leistbarkeit eine wesentliche Voraussetzung für die Nutzung ist (Yusif et al., 2016). Zudem kann es vorkommen, dass der gefühlte Nutzen von Technologien im Rahmen der Behandlung von Seiten der Patientinnen bzw. Patienten nicht erkannt wird (Yusif et al., 2016), wobei das Ausbleiben einer ‚sofortigen Wirkung‘ in der Nutzung von Technologien oder von Verhaltensänderungen dazu führen kann, dass das Interesse an der Nutzung von Technologien mit der Zeit weniger wird (Boyne & Vrijhoef, 2013).

Komorbiditäten. In Hinsicht auf die medizinische Behandlung liegt eine Barriere für die Verwendung von Telemonitoring darin, dass Komorbiditäten nicht ausreichend abgedeckt werden (Boyne & Vrijhoef, 2013). Dies ist auch in Bezug auf psychische Erkrankungen der Fall, da Depressionen eine Barriere für die Eigenverantwortlichkeit in der Behandlung darstellen können (Attaallah et al., 2016).

Design und Privatsphäre. Auch spezifische Aspekte in Bezug auf die Gestaltung von Technologien sind für die Patientinnen bzw. Patienten wichtig. Die Themen ‚Privatsphäre‘ und ‚Datenschutz‘ führen seitens der Patientinnen bzw. Patienten immer wieder zu Bedenken, wenn es um die Anwendung von Technologien im Rahmen medizinischer Behandlungen geht. So stellt die Auffassung mangelnder Datensicherheit häufig ein Problem dar (Boyne & Vrijhoef, 2013), wobei Bedenken um die Privatsphäre nicht nur bei älteren Patientinnen bzw. Patienten, sondern auch bei Ärztinnen bzw. Ärzten häufig auftreten (Vaziri, 2018). Skepsis in Hinblick auf die Privatsphäre können allerdings auch vom Ausmaß der Computerkenntnisse geprägt sein (Vaziri, 2018). Schlecht verständliches Design sowie eine komplexe ‚Usability‘ (etwa in Form von unerwartet aufscheinenden und schwer verständlichen Nachrichten auf Geräten) können ebenfalls für Patientinnen bzw. Patienten eine Barriere darstellen, Telemonitoring zu verwenden; eine unzuverlässige Internetverbindung kann hier ebenso ein häufig nicht beachtetes Problem darstellen (Boyne & Vrijhoef, 2013). Daher müssen die Erwartungen und Werte der Patientinnen bzw. Patienten neben der Einbeziehung der klinischen Empfehlungen bei der Entwicklung bzw. beim Design von Systemen unbedingt berücksichtigt werden (Clark et al., 2014).

3. METHODISCHES VORGEHEN

Entsprechend der Expertisen des Forschungsteams an der HCI Group der TU Wien wurden Forschungsmethoden aus den Bereichen ‚User Research‘, ‚Interaktionsdesign‘ und induktiver qualitativer Forschung gewählt. Es wurde ein methodisches Vorgehen geplant, das

nicht nur dem Forschungsauftrag, sondern auch den interdisziplinären wissenschaftlichen Standards der ‚Human-Computer Interaction‘ entspricht.

3.1. Ethik

Das Projekt unterlag einer Prüfung durch das Ethikkomitee der TU Wien sowie der Datenschutzbeauftragten der Universität. Diese erfolgte nach gründlicher Planung des Projekts direkt vor Beginn der Datensammlung. Hierzu wurden eine ausführliche Projektbeschreibung, ein methodischer Forschungsplan, eine Risikoanalyse, eine Datenschutzerklärung sowie sämtliche Entwurfsdokumente der Informationsschreiben und Teilnahmeformulare für Forschungsteilnehmerinnen bzw. Forschungsteilnehmer vorgelegt. Das Feedback der Prüferinnen bzw. Prüfer wurde sorgfältig in diese Dokumente eingearbeitet und nach einer abschließenden Kontrolle der Kommission zur Archivierung übermittelt.

3.2. Methodische Planung

Die methodische Planung sah zwei Phasen der Datensammlung vor, die aufeinander aufbauen sollten. Zuerst sollten Expertinnen bzw. Experten in die Behandlung von CHI eingebunden werden, um das Forschungsteam genauer auf das Thema zu sensibilisieren, unterschiedliche Behandlungskontexte in Österreich zu ermitteln und erste Einschätzungen hinsichtlich möglicher Motivationen und Barrieren zur Nutzung von Telemonitoring zu sammeln. In einer zweiten Phase sollte dann direkt an Patientinnen bzw. Patienten herangetreten werden, um deren Erfahrungen und Einschätzungen diesbezüglich zu erfassen und diese mit den Sichtweisen der Expertinnen bzw. Experten vergleichen zu können.

Ursprünglich war für die erste Phase die Durchführung von Expertinnen- bzw. Experteninterviews und für die zweite Phase die Erstellung von Fokusgruppen mit CHI-Patientinnen bzw. Patienten (mit einer freiwilligen Option zu einer zusätzlichen Tagebuchstudie) geplant. Allerdings musste die methodische Planung mit Ausbruch der COVID19-Krise im März 2020 kurzfristig an die geltenden Schutzmaßnahmen und die daraufhin eingeschränkten Möglichkeiten zur Teilnehmerinnen- bzw. Teilnehmerrekrutierung angepasst werden. Dies betraf vor allem die zweite Phase, in der ein direkter Kontakt mit Patientinnen bzw. Patienten vorgesehen war. Zum Schutz der CHI-Patientinnen bzw. -Patienten entschieden sich die Verfasserinnen gegen eine Befragung im persönlichen Kontakt und stattdessen dafür, die Studie kontaktlos mittels Telefon und Post durchzuführen. Anstelle von Fokusgruppen wurde daher zum Großteil auf telefonische Einzelinterviews und postalisch übermittelte Patientinnen- bzw. Patiententagebücher zurückgegriffen, wobei auch neue Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer gefunden werden mussten.

3.3. Interviews mit Expertinnen bzw. Experten

Die Datensammlung begann mit ausführlichen Expertinnen- bzw. Experteninterviews mit ausgewählten Expertinnen bzw. Experten in unterschiedlichen medizinischen Rollen und Behandlungskontexten (siehe auch Tabelle 1 für eine detaillierte Beschreibung der Expertinnen bzw. Experten). Die Auswahl dieser Expertinnen bzw. Experten beruhte auf den Empfehlungen des CCIV und darauf, dass diese schon einmal an einem CCIV-Vernetzungstreffen teilgenommen hatten und sich mit ihren Kontaktdaten in die Vernetzungsliste eintragen haben lassen. Auf unsere Anfrage hin erklärten sich drei von vier vom CCIV vorgeschlagenen Expertinnen bzw. Experten dazu bereit, an unserer Studie teilzunehmen. Die Interviews wurden telefonisch per Konferenzschaltung einzeln mit den Expertin-

nen bzw. Experten durchgeführt und dauerten je zwischen 35 und 55 Minuten. Die Befragungen wurden in einer semi-strukturierten Form mittels eines einheitlichen Leitfadens mit 18 vorbereiteten Fragen und spontanen vertiefenden Nachfragen durchgeführt. Jedes Gespräch wurde mit Einverständnis der jeweiligen Expertin bzw. des jeweiligen Experten aufgenommen und anschließend in Form eines genauen Protokolls mit teilweise wörtlich transkribierten Zitaten verschriftlicht. Die Protokolle wurden dann inhaltlich von den zwei Projektmitarbeiterinnen induktiv analysiert, die bereits die Interviews durchgeführt hatten. Die ermittelten inhaltlichen Codes wurden dann in ein interviewübergreifendes Analysedokument übertragen, in dem diese dann in einzelne Themenbereiche zusammengefasst und geordnet wurden. Diese herausgearbeiteten Themen bildeten die Grundlage für erste Forschungserkenntnisse sowie für die Entwicklung eines Fragenkatalogs für die gezielte Erhebung der Patientinnen- bzw. Patientenperspektiven.

3.4. Patientinnen- bzw. Patientensicht: Persönliche Interviews, Telefoninterviews, Tagebücher

In der zweiten Phase der Datensammlung wurden die Sichtweisen von CHI-Patientinnen bzw. -Patienten erfasst (siehe auch Tabelle 2 für eine Übersicht der Patientinnen bzw. Patienten aus unterschiedlichen Behandlungskontexten). Dies erfolgte mittels einer Kombination von unterschiedlichen Befragungsmethoden.

Persönliche Interviews. Kurz vor Ausbruch der COVID19-Pandemie in Österreich bekamen die Verfasserinnen mithilfe eines Expertinnen- bzw. Expertenkontaktes die Gelegenheit, eine Reihe von Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten vor Ort in einer klinischen Herzinsuffizienzambulanz durchzuführen. Dies ermöglichte einen kurzen ersten Testlauf mit den Fragen, die auf Basis der Themen von den Expertinnen bzw. Experteninterviews erstellt worden waren. Sieben Patientinnen bzw. Patienten erklärten sich dazu bereit, im Anschluss an ihre medizinische Untersuchung an einem Interview teilzunehmen. Die Gespräche dauerten jeweils zwischen 10 und 15 Minuten und wurden wieder in Form von semi-strukturieren Interviews geführt. In einem Leitfaden waren dabei drei Hauptfragestellungen mit ein bis zwei optionalen Unterfragen vorbereitet. Je nach Verlauf des Gespräches wurden zusätzlich noch ad hoc auftauchende Fragen gestellt.

Nachdem kein umfassendes technisches Vorwissen und auch keine Erfahrungen mit dem Thema Telemonitoring bei den Patientinnen bzw. Patienten zu erwarten waren, wurden Bilderkärtchen mit Abbildungen unterschiedlicher Technologien vorgezeigt. Dadurch fiel es den Befragten leichter, sich der unterschiedlichen technischen Möglichkeiten von Telemonitoring bewusst zu werden und auf Fragen in Bezug auf die mögliche Einbindung dieser technischen Lösungen in ihre Behandlung einzugehen. Nachdem die Fragen in den persönlichen Interviews gut funktionierten, stellte dieser erste Interviewleitfaden nun die Ausgangsbasis für die Entwicklung eines detaillierten Fragenkatalogs zu denselben Hauptthemen dar. Die sieben aufgezeichneten Interviews wurden ebenfalls verschriftlicht und in den Datenkorpus der weiteren Analyse mit aufgenommen.

Akquise von Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern. Mit Ausbruch der COVID19-Pandemie in Österreich entschlossen sich die Verfasserinnen dazu, in der weiteren Datensammlung komplett kontaktlos vorzugehen und nur noch per Telefon und Post mit teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten zu kommunizieren. Dies wurde auch von den ursprünglich gewonnenen Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmern gewünscht, die sich zudem dazu be-

reit erklärten, Patientinnen bzw. Patienten zu vermitteln, wobei dies einigen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer gar nicht mehr möglich war, wodurch neue Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer gefunden werden mussten. All dies stellte die Verfasserinnen vor die Herausforderung, teils neue Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer rekrutieren zu müssen und zudem Kontaktdaten von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI zu benötigen. Daher wurde ein allgemeines Einladungsschreiben formuliert, in dem die Studie sowie die Forschungsziele und Teilnahmedetails zu dieser erklärt wurden. Für interessierte Personen wurde außerdem ein Teilnahmeformular mit Bekanntgabe der Kontaktdaten beigelegt. Mit diesem Einladungsschreiben wurde an insgesamt 12 Expertinnen bzw. Experten auf der CCIV-Vernetzungsliste mit der Bitte, bei der Akquise von Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern behilflich zu sein und die Unterlagen an interessierte Patientinnen bzw. Patienten weiterzuleiten, herangetreten. Vier Expertinnen bzw. Experten an unterschiedlichen Standorten konnten uns diesbezüglich weiterhelfen und vermittelten den Kontakt zu insgesamt 27 Patientinnen bzw. Patienten.

Telefoninterviews. Nach Erhalt der Kontaktdaten wurden Telefoninterviews einzeln mit den teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten durchgeführt. Die Gespräche dauerten jeweils zwischen 15 und 20 Minuten und wurden mit Einverständnis der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer für eine anschließende Transkription aufgezeichnet. Inhaltlich wurden die Interviews wieder mithilfe eines speziell dafür erstellten Leitfadens strukturiert, der auf den Fragen des ersten Testlaufs basierte. Inhaltlich galt es somit primär, ein allgemeines Verständnis für die aktuellen Behandlungssituationen der Patientinnen bzw. Patienten zu schaffen und dafür, welche formale und informelle Unterstützung diese dabei erhielten und welche Rolle sie selber in der Behandlung spielten. In Hinblick auf Telemonitoring wurde auch nach Hilfsmitteln, Routinen und Erfahrungen mit technischen Geräten gefragt, die Patientinnen bzw. Patienten bereits im Rahmen ihrer Behandlung nutzten oder sich zu nutzen vorstellen konnten.

Tagebuch-Studie. Per Post erhielten Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer ein speziell entwickeltes Tagebuch. Dieses war so aufgebaut, dass Patientinnen bzw. Patienten circa 14 Tage lang jeden Tag zwei bis drei andere Fragen beantworten sollten. Das ausgefüllte Tagebuch sollte danach an das Forschungsteam zurückgesendet werden (wofür auch ein frankierter Umschlag für die Rücksendung beigelegt wurde). Inhaltlich bauten die Fragen wieder auf den Themen auf, die im Verlauf der Studie bisher schon erhoben wurden, wobei diese auch Raum für tiefergehende Reflexionen und zusätzliche Gedanken ließen. Neben sehr allgemeinen Fragen wurden Fragen zu den Themen ‚Kontakt/Unterstützungs-Netzwerk‘, ‚eigene Rolle in der Behandlung‘, ‚Erfahrung mit Technologien und (Bezug zur eigenen) Gesundheit‘ gestellt. Die gesammelten Fragen sowie ein illustrativer Ausschnitt des Tagebuchs lassen sich im Appendix (9.4) dieses Berichtes finden.

Analyse. Die persönlichen Interviews, Telefoninterviews und die schriftlichen Rückmeldungen in den Tagebüchern stellten den Datenkorpus für die weitere inhaltliche Auswertung nach thematischer Analyse (Braun & Clarke, 2006) dar. Die Interviews wurden transkribiert und der gesamte Korpus wurde codiert. Schließlich wurden induktiv erschlossene Inhalte in ein Analysedokument übertragen, in dem Themen über mehrere Iterationen erarbeitet wurden.

4. ERGEBNISSE

4.1. Sichtweisen von Expertinnen bzw. Experten

Es wurden Interviews mit drei Expertinnen bzw. Experten in Behandlung von CHI-Patientinnen bzw. -Patienten durchgeführt. Diese unterschieden sich sowohl in ihrer jeweiligen professionellen Rolle als auch in der Art der medizinischen Einrichtung, an der diese tätig waren. Ein weiterer wichtiger Unterschied ergab sich daraus, welchen jeweiligen Bezug sie zum Telemonitoring hatten und wieviel direkte praktische Erfahrung sie mit spezifischen Implementierungen dessen bereits gemacht hatten.

Die folgende Tabelle (Tabelle 1) zeigt einen Überblick über die jeweiligen Bezugspunkte der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten:

Tabelle 1: Beschreibung der Expertinnen bzw. Experten

Experte	Professionelle Rolle	Behandlungseinrichtung	Bezug zu Telemonitoring
1	Programmkoordination, Pflegefachkraft	Standort in einer Landeshauptstadt mit einem Team verteilt über kollaborierende Landes-/Bezirkskrankenhäuser, Behandlung von nichtstationären Patienten	Direkte praktische Erfahrung mit Telemonitoring im Rahmen eines Versorgungsprogrammes
2	Ärztliche Leitung	Standort in einer Rehabilitationseinrichtung im ruralen Gebiet, Behandlung von CHI-Reha-Patienten	Keine direkte praktische Erfahrung mit Telemonitoring, spezifische Kenntnis von verschiedenen Pilotinitiativen in Österreich und kritische Einschätzung auf deren Anwendbarkeit in eigenem Behandlungskontext
3	Klinischer Oberarzt	Standort im Krankenhaus einer Landeshauptstadt, stationäre und ambulante Behandlung von CHI-Patienten	Keine direkte praktische Erfahrung mit Telemonitoring, umfassende Überblickskenntnis von medizintechnischen Möglichkeiten

Der Leitfaden, der für alle drei Expertinnen- bzw. Experteninterviews verwendet wurde (siehe Appendix 9.1), war so aufgebaut, dass die Teilnehmenden über ihren jeweiligen Bezug zu Telemonitoring, ihre Einschätzungen hinsichtlich der Sichtweisen von Patientinnen bzw. Patienten auf den Einsatz von Telemonitoring sowie den möglichen Einfluss von Telemonitoring auf die Beziehung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und medizinischem Fachpersonal erzählen sollten. Der semi-strukturierte Aufbau des Gesprächs war allerdings offen und flexibel genug, um Raum für weitere wichtige kontextuelle Aspekte zu geben, welche die Expertinnen bzw. Experten als maßgeblich für einen Einsatz von Telemonitoring sahen. Auch wurde das Gespräch bewusst mit einer möglichst neutralen Einstellung zum Telemonitoring geführt, weshalb stets explizit nach positiven und negativen Auswirkungen gefragt wurde. Die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer hatten somit viele Freiheiten in den Gesprächen, ihre jeweiligen Bedenken zu äußern und über spezifische Potentiale in ihrem konkreten Arbeitskontext zu spekulieren.

Im Folgenden werden die interviewübergreifenden Ergebnisse zusammengefasst. Diese sind für die Zwecke der Studie nach allgemeinen Themen mit Relevanz zum Telemonitoring in der CHI-Behandlung sowie nach spezifischen Barrieren und Motivatoren gegliedert.

4.1.1. Relevante Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring

Aus den gesammelten Daten ließen sich induktiv relevante Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring ableiten. Diese beziehen sich auf Einzelfälle wie etwa persönliche, kontextuelle oder individuelle Krankheitsfaktoren, verschiedene technische Lösungen, proaktives Handeln und Selbstbestimmtheit der Patientinnen bzw. Patienten sowie die Einbettung der Behandlung in ein formales Netzwerk und informelle Unterstützung.

Eine Frage des Einzelfalls. In den Expertinnen- bzw. Experteninterviews wurde eine Vielzahl an Faktoren aufgezeigt, die einen entscheidenden Einfluss auf eine sinnvolle Nutzung von Telemonitoring in der Behandlung von CHI haben könnten. Viele dieser Faktoren bezogen sich dabei auf die große Vielfalt von Behandlungssituationen, in der sich betroffene Patientinnen bzw. Patienten, je nach ihrem jeweiligen Gesundheitszustand, Lebensstil, Betreuungszugang und der jeweiligen Wohnsituation befinden könnten. Laut Expertinnen bzw. Experten sind es genau diese persönlichen Bedürfnisse und jeweiligen kontextuellen Gegebenheiten der betroffenen Patientinnen bzw. Patienten, die es praktisch unmöglich machen würden, Pauschalaussagen hinsichtlich des Telemonitorings treffen zu können. Ob ein Einsatz dessen in der Behandlung von CHI sinnvoll sei oder nicht, könne daher immer nur im Einzelfall entschieden werden. Alle drei Expertinnen bzw. Experten betonten daher, dass jede Patientin bzw. jeder Patient in Hinsicht auf die Behandlungsmöglichkeiten individuell in der jeweiligen Behandlungssituation zu betrachten sei. So wie auch die Medikation individuell angepasst werden müsse, sollte auch hinsichtlich des Telemonitorings im Einzelfall entschieden werden, ob und auf welche Weise dieses sinnvoll einzusetzen ist. Alle Expertinnen bzw. Experten zeigten sich skeptisch gegenüber der Idee, Telemonitoring zu einem flächendeckend verpflichtenden Teil der CHI-Behandlung zu machen. Stattdessen sei es ihrer Meinung nach sinnvoller, den Patientinnen bzw. Patienten das Telemonitoring als einen optionalen Teil in einem modularen Behandlungsprogramm anzubieten.

Unterschiedliche technische Lösungen. Die Expertinnen bzw. Experten wiesen darauf hin, dass es wichtige Unterschiede zwischen den technischen Lösungen von Telemonitoring gibt. In allen Interviews wurde die teil- und vollautomatisierte Übermittlung von Blutdruck- und Gewichtswerten angesprochen, wie sie z.B. durch eine Smartphone-App erfolgen könnte. Unterschieden wurde hierbei allerdings in Hinsicht darauf, wieviel aktiven Einsatz seitens der Patientinnen bzw. Patienten diese Systeme erfordern (oder nicht): Müssen die aktuellen Messwerte von den Patientinnen bzw. Patienten manuell eingegeben werden, oder erfolgt dies automatisch durch die Nutzung und Synchronisierung von speziell eingerichteten Messgeräten? Beide App-Lösungen würden diesbezüglich über Vor- und Nachteile verfügen (z.B. mehr aktiven Aufwand für die App-Nutzerin bzw. den App-Nutzer versus mehr Abhängigkeit von einem funktionierenden Netzwerkzugang für den Informationsaustausch zwischen den Geräten). Als technische Alternative zu Smartphone-Apps wurde die Telemonitoring-Funktionalität von Implantaten (z.B. Defibrillator) angesprochen, die bei bedenklichen Änderungen in den medizinischen Messwerten vollautomatisiert Alarm schlagen könnte. Durch diese unterschiedlichen technischen Lösungen würden hiernach unterschiedliche Schwerpunkte im jeweiligen Design gesetzt werden: Bei einer Smartphone App stünde ein aktives Mitwirken der Patientinnen bzw. Patienten im Mittelpunkt, bei einer Umsetzung mittels Implantat vielmehr die Sicherheit dieser.

Mögliche Auswirkungen eines Design-Schwerpunkts auf aktives Mitwirken. In Hinsicht auf technische Lösungen von Telemonitoring mittels einer Smartphone-App vertraten die Expertinnen bzw. Experten unterschiedliche Meinungen. Alle betonten, dass es hierbei insbesondere auf den konkreten Einzelfall ankommen würde: Für manche Patientinnen bzw. Patienten könnte die aktive Nutzung einer solchen Smartphone-App durchaus jenes Instrument darstellen, das sie tagtäglich dazu motiviert, eine Lebensstil-Änderung durchzuführen und beizubehalten. Andere könnte die ständige Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit aber auch überfordern – ebenso wie die Nutzung eines Smartphones selbst, wenn diese nicht ohnehin schon über ein solches verfügen und bereits nutzen würden. Grundsätzlich kamen diesbezüglich alle Expertinnen bzw. Experten darin überein, dass App-basiertes Telemonitoring nicht für alle Patientinnen bzw. Patienten gleichermaßen geeignet sei. Ob diese Art von Telemonitoring eine attraktive Option als Teil der CHI-Behandlung sein könnte, hänge stark von der Einstellung der jeweiligen Patientinnen bzw. Patienten ab und wie sehr diese zu einem aktiven Mitwirken fähig sind (und zwar in der Form, wie es durch das App-Design vorgesehen und durch die technischen Voraussetzungen festgelegt ist).

Selbstverantwortung der Patientinnen bzw. Patienten. Darüber hinaus komme es auch darauf an, wie selbstverantwortlich die Patientinnen bzw. Patienten mit den eingegebenen Daten umgehen würden. Was bei manchen zu ‚Patient Empowerment‘ führen kann, könnte bei anderen ein eher passives Verhalten von Patientinnen bzw. Patienten fördern, wenn diese sich nun ausschließlich auf die Bewertung der Messdaten durch andere im Hintergrund verlassen würden. Die meisten Expertinnen bzw. Experten zeigten sich daher eher skeptisch, inwiefern das Telemonitoring tatsächlich ein Garant für nachhaltige Veränderungen zu einem gesünderen Lebensstil der Patientinnen bzw. Patienten sein könne. Die allgemeine Rezeption der Pilotprojekte mit Telemonitoring sei zwar durchaus positiv, allerdings wurde ebenso angemerkt, dass sich die meisten Patientinnen bzw. Patienten sehr stark am aktuellen Leidensdruck orientieren würden. Gerade im Kontext von CHI, wo sich dieser im chronischen Krankheitsverlauf oft nur schleichend über einen längeren Zeitraum aufbaut, sei dies nicht sonderlich förderlich, da oft nur plötzliche, starke Veränderungen Auslöser darstellen würde, um Änderungen des Lebensstils auch langfristig beizubehalten. Wichtig sei daher eine gewisse Bewusstseinsbildung auf Seiten der Patientin bzw. des Patienten, die im Rahmen der Behandlung erreicht werden müsse. Die oberste Priorität liegt für die Expertinnen bzw. Experten daher darin, bei den Patientinnen bzw. Patienten ein ausreichend informiertes Verständnis für ihre Krankheit zu schaffen – sowohl in Hinsicht auf die allgemeinen medizinischen Zusammenhänge als auch konkret in Bezug darauf, wie genau sich Zustandsveränderungen in Blutdruck- und Gewichtsmessungen widerspiegeln. Solange die Patientinnen bzw. Patienten die Wichtigkeit von regelmäßigen Messungen verstünden, sei es im Grunde zweitrangig, ob sie diese mittels Listen auf Papier oder einer Smartphone-App dokumentierten.

Einbettung der Patientinnen bzw. Patienten in ein formales Netzwerk. Die Expertinnen bzw. Experten betonten, dass neben den jeweiligen medizinischen Einrichtungen, an denen sie selbst tätig sind, bei vielen Patientinnen bzw. Patienten oft auch weitere medizinische Fachkräfte an deren Behandlung beteiligt sind. In vielen Fällen sind Untersuchungen auf Hausärztinnen bzw. Hausärzte, Kardiologinnen bzw. Kardiologen und Krankenhausambulanzen aufgeteilt – je nach zusätzlichen Erkrankungen können aber noch weitere Stellen hinzukommen. Die Expertinnen bzw. Experten beschrieben diese Vielzahl von verschiedenen Anlaufstellen für die Patientinnen bzw. Patienten als ein stark ausdehnbares formales Netzwerk, in dem sich diese mehr oder weniger selbstverantwortlich zurechtfinden müssten. Ein guter systematischer Austausch zwischen diesen Stellen sei nicht überall gegeben

oder müsste durch gezielte neue Organisationsinitiativen erst geschaffen werden, was in Anbetracht mangelnder Ressourcen auf unterschiedlichen Ebenen unwahrscheinlich sei. Die Expertinnen bzw. Experten erkannten allerdings an, dass wenn entsprechende Kapazitäten vorhanden seien und dezidierte Koordinationsrollen in diesen Netzwerken eingeführt werden könnten, auch die Einführung eines Telemonitoring-Systems positiv zu einer verbesserten Kommunikation innerhalb dieses Netzwerkes beitragen könnte. Vor allem, wenn ein solches Unterfangen zu einer Konkretisierung der Aufgabenprofile und Formalisierung von Verantwortlichkeiten der jeweiligen Anlaufstellen genutzt werden würde. Der Einsatz von beispielsweise einer Telemonitoring-App würde nämlich auch eine Reihe organisatorischer Fragen mit sich bringen: Wer hat die Aufgabe, die übermittelten Daten zu sichten? Wie und nach welchem Protokoll soll auf die Daten reagiert werden? In welchen zeitlichen Abständen soll kontrolliert und wie schnell reagiert werden, um eine sichere Betreuung zu gewährleisten? Welche Aufgaben und Entscheidungen können dabei vom ärztlichen Personal und welche von der Pflege übernommen werden?

Informelle Unterstützung. Über die formale medizinische Betreuung hinaus war den Expertinnen bzw. Experten auch bewusst, dass die Angehörigen der Patientinnen bzw. Patienten eine wichtige informelle Rolle im Behandlungs-Netzwerk spielten. Herzkrank ist man nicht alleine, hieß es oft und es wurde betont, dass viele Patientinnen bzw. Patienten auf die aktive Unterstützung durch Familie und Freunde angewiesen sind – sei es logistisch in Form von Fahrten und Begleitung zu den Terminen oder im Alltag z.B. durch die Abnahme von anstrengenden Haushaltstätigkeiten oder eine kollektive Ernährungsumstellung der gesamten Familie beim Kochen der Mahlzeiten. Allerdings könne sich diese informelle Unterstützung auch hinderlich auswirken, wenn die betroffenen Patientinnen bzw. Patienten diese so empfinden würden, ihrem engsten Kreise zur Last zu fallen. Auch für den Einsatz von Telemonitoring sei dies relevant, wenn Patientinnen bzw. Patienten wenig Erfahrung mit Technik haben und stark von den Kenntnissen, Meinungen und der allgemeinen Hilfsbereitschaft ihrer Angehörigen abhängig sind.

Telemonitoring wurde somit von den Expertinnen bzw. Experten in erster Linie als eine Art Kommunikationsmedium zwischen Patientinnen bzw. Patienten und medizinischem Personal verstanden, wobei der automatisierte Datenaustausch nicht nur wesentliche Auswirkungen auf die Kommunikation (und deren Qualität) zwischen den Beteiligten haben könnte, sondern auch auf die Beteiligten selbst (im Sinne ihrer jeweiligen Aufwände, Verantwortlichkeiten, dem Schaffen von Bewusstsein, der Erfahrungen mit der Behandlung und der Wahrnehmung der eigenen Rolle darin).

4.1.2. Barrieren

Vor dem Hintergrund der zuvor genannten Faktoren wurde von den Expertinnen bzw. Experten eine Reihe an konkreten möglichen Faktoren genannt, die Barrieren für den erfolgreichen Einsatz von Telemonitoring darstellen könnten. In der Auswertung der Interviews wurden diese in individuelle, soziale, infrastrukturelle und technische Aspekte gegliedert.

Individuelle Faktoren:

- Sprachbarrieren,
- Kognitive Fähigkeitseinschränkungen (z.B. durch Demenz oder Behinderung),
- Physische Einschränkungen (z.B. Sehbehinderung oder Gehörbeeinträchtigung), sofern die technische Telemonitoring-Lösung nicht entsprechend barrierefrei implementiert ist,

- Suchterkrankungen mit negativem Einfluss auf CHI (z.B. Alkoholismus),
- Prinzipielle Unwilligkeit, sich tagtäglich mit der Krankheit auseinanderzusetzen,
- Allgemein keinen Bedarf für Telemonitoring bei sich sehen (z.B. da sich die Patientinnen bzw. Patienten bereits ohne Telemonitoring gut betreut fühlen).

Soziale Faktoren:

- Mangelnde Unterstützung durch Angehörige (sofern benötigt),
- Das Gefühl, Angehörigen zur Last zu fallen,
- Negative Grundeinstellung der Angehörigen gegenüber (Telemonitoring-)Technologien, die auch die Patientinnen bzw. Patienten beeinflusst,
- Allgemein wenig Bewusstsein/Aufklärung zu Telemonitoring in der Gesellschaft,
- Kulturelle Barrieren (z.B. in Bezug auf die Rolle des Patienten bzw. der Patientin in sozio-kulturellen oder religiösen Bevölkerungsgruppen).

Infrastrukturelle Faktoren:

- Räumliche Unterschiede in Versorgungslagen (vor allem limitierte Ressourcen und Möglichkeiten für die Umsetzung von Telemonitoring an unterschiedlichen geographischen Standorten),
- Ressourcenintensive Programme, da Telemonitoring-Systeme durch qualifiziertes medizinisches Personal auch entsprechend organisatorisch betreut sein müssen,
- Mobilität der Patientinnen bzw. Patienten (vor allem im ruralen Raum), da auch die Umsetzung Telemonitoring (etwa der begleitende Besuch von Schulungen) ggf. Mobilität erfordert,
- Unterschiedliche Netzabdeckung der Telekommunikation in Österreich,
- Erschwerte organisatorische Prozesse und Kommunikationsprobleme bei einer Betreuung im Alters- oder Pflegeheim.

Technik-bezogene Faktoren:

- Voraussetzung einer funktionierenden Internetverbindung und einer geeigneten Umgebung für das benötigte Equipment (z.B. ebener Boden für die Waage),
- Abhängigkeit von spezieller Ausrüstung (je nach technischer Implementierung) und spezifischer Schulung zu dieser,
- Misstrauen gegenüber Auswirkungen von Technik (z.B. Angst vor Überwachung, möglichen Leistungskürzungen und, dass die Behandlung unpersönlicher werden könnte),
- Wenig Bezug zu Technik, kaum praktische Erfahrung in der Anwendung von Technik und Angst, Fehler zu machen.

4.1.3. Motivatoren

Ebenso wie Barrieren, konnten bei der Auswertung der Interviews mit Expertinnen bzw. Experten eine Reihe an potentiellen Motivationsquellen für Patientinnen bzw. Patienten ermittelt werden, die beim Einsatz von Telemonitoring geschaffen werden könnten:

- **Aussicht auf eine verbesserte Lebensqualität:** Ein wesentliches Ziel der Behandlung ist die langfristige Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen bzw. Patienten. Nachhaltige Umstellungen im Lebensstil, die neben der Medikamenteneinnahme je nach Fall häufig erzielt werden, benötigen allerdings viel Zeit und Disziplin von Seiten der Patientinnen bzw. Patienten. Laut einer Expertin könne man Telemonitoring genau hierbei nutzen, um Patientinnen bzw. Patienten wähen ihrer Umstellung länger zu motivieren und zu unterstützen: Da Telemonitoring ihnen täglich „eine Erinnerung an [die eigene] Erkrankung“ bieten würde, könnte es sie „ein bisschen länger dazu bringen, sich wirklich damit auseinanderzusetzen, dass man krank ist“. Das heißt, Telemonitoring könnte, so wie auch andere Tracking-Technologien, im Sinne von ‚Quantified-Self-Strategien‘ eingesetzt und als unterstützendes technisches Instrument für die Umgewöhnung der Patientinnen bzw. Patienten auf eine gesündere Lebensführung genutzt werden.
- **Verstärktes Gefühl der Sicherheit:** Einige Expertinnen bzw. Experten wiesen darauf hin, dass Telemonitoring den Patientinnen bzw. Patienten ein Gefühl von mehr Sicherheit in ihrem Alltag geben könnte. Zu „wissen, dass jemand im Hintergrund darauf schaut, wie es einem geht“, sei für viele ein positives Gefühl. Zum einen kann dadurch Vertrauen in die Behandlung aufgebaut werden, da das medizinische Fachpersonal allgemein schneller auf schleichende (und für die Patientinnen bzw. Patienten selbst vielleicht unscheinbare) Veränderungen im Gesundheitszustand reagieren könne. Zum anderen sei es beruhigend und bestärkend in der Eingewöhnung neuer Routinen, wenn positives Feedback und Lob vom medizinischen Personal in Hinblick auf gesundheitliche Fortschritte übermittelt würde. Besonders relevant könnten solche Bestärkungen und die Wahrnehmung, dass „es jemandem wichtig ist, wie es mir geht“ für ältere Patientinnen bzw. Patienten sein, wenn diese über zunehmend weniger soziale Beziehungen verfügen.
- **Zusätzlicher Kommunikationskanal:** Je nach technischer Implementierung der Telemonitoring-Technologie besteht die Möglichkeit, diese auch als einen zusätzlichen Kanal für eine direkte und spezifischere Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und medizinischem Fachpersonal zu nutzen. In eine Smartphone-App könnte z.B. eine Text-Nachrichten-Funktion integriert werden, über die medizinische Betreuerinnen bzw. Betreuer Nachrichten oder Erkundigungen an ihre Patientinnen bzw. Patienten aussenden könnten. Umgekehrt könnte ein diensthabender Kontakt für die Patientinnen bzw. Patienten hinterlegt sein, an den sich diese bei spontan auftretenden Fragen wenden können. Eine solche Kommunikation könnte nicht nur hilfreich dabei sein, sich als Patientin bzw. als Patient leichter im weitläufigen formalen Netzwerk der Behandlung zurechtzufinden, sondern auch einen persönlicheren Kontakt zwischen Patientinnen bzw. Patienten und fachmedizinischen Ansprechpartnerinnen bzw. -partnern fördern. Vor allem eine persönlichere Betreuung, etwa im Rahmen eines Versorgungsprogrammes, könne es Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegepersonal ermöglichen, „den Patientinnen bzw. Patienten in seinem kompletten sozialen Umfeld zu erfassen“ und die Behandlung personalisiert auf die jeweiligen Bedürfnisse und Lebenssituation anzupassen.
- **Verminderung von logistischem Aufwand:** Durch den Einsatz von Telemonitoring könnten unter Umständen einige Routineuntersuchungstermine eingespart werden, die nur zur Kontrolle dienen, dafür allerdings die persönliche Anwesenheit der

Patientinnen bzw. des Patienten erfordern. Dies könnte ein besonders relevanter Punkt für Patientinnen bzw. Patienten sein, die in ihre Mobilität eingeschränkt sind oder lange Transportwege zu den behandelnden medizinischen Einrichtungen haben.

4.1.4. Zusammenfassung der Sicht der Expertinnen bzw. Experten

Zusammenfassend haben die Expertinnen- bzw. Experteninterviews ein klares und facettenreiches Bild darüber aufgezeigt, wie vielseitig und komplex die jeweiligen Behandlungskontexte der betroffenen Patientinnen bzw. Patienten sein können. Im Kapitel wurden bereits eine Vielzahl an konkreten möglichen Barrieren und Motivatoren genannt. In Anbetracht der vielen unterschiedlichen kontextuellen Faktoren, die einen Einfluss auf einen erfolgreichen Einsatz von Telemonitoring im Rahmen der Behandlung haben können, ist allerdings davon auszugehen, dass diese Aufzählungen bisher keinesfalls vollständig sind. Generell sind laut den interviewten Expertinnen bzw. Experten keine Pauschalaussagen zum Telemonitoring möglich, da es bei dessen Anwendung stets auf den jeweiligen Einzelfall ankomme.

Aus den Sichtweisen der Expertinnen bzw. Experten ließen sich Kategorien von Patientinnen bzw. Patienten ableiten. Um diese Einschätzung der Problematik produktiv nutzbar zu machen, wurde zusammenfassend eine Liste mit möglichen Kategorien von Patientinnen bzw. Patienten erstellt (siehe Tabelle 3). Diese Kategorien beziehen sich auf die genannten Einflussfaktoren, die sich je nach gegebener Behandlungssituation positiv oder negativ auf die Nutzung von Telemonitoring zur CHI-Behandlung auswirken können. Sie beziehen sich konkret auf das Verständnis der Krankheit und der medizinischen Versorgung, der Bereitschaft zur Auseinandersetzung, der Eigenverantwortung, der informellen Unterstützung, der Techniknutzung und Spekulationen in Bezug auf den Einsatz von Telemonitoring. In der vorliegenden Studie dienten diese Patientinnen- bzw. Patientenkategorien als Ausgangsmodell für die analytische Auswertung der Perspektive der Patientinnen bzw. Patienten der zweiten Phase der Datenerhebung.

4.2. Sichtweisen von Patientinnen bzw. Patienten

Die Sichtweise von Patientinnen bzw. Patienten wurde durch Interviews im direkten Kontakt sowie per Telefon und mittels Tagebuchstudien erhoben. Insgesamt wurden sieben Patientinnen bzw. Patienten in direktem Kontakt am Universitätsklinikum St. Pölten interviewt sowie 22 Patientinnen bzw. Patienten durch HerzMobil Tirol, HerzMobil Klagenfurt und das Universitätsklinikum Krems für Telefoninterviews und eine Tagebuchstudie rekrutiert, wobei zwei Patientinnen bzw. Patienten aus Krems sich nach erster Zusage schlussendlich gegen eine Teilnahme entschieden haben bzw. verhindert waren. Schlussendlich wurden empirische Daten mit insgesamt 27 Patientinnen bzw. Patienten erhoben. Eine Übersicht der teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Übersicht der rekrutierten und teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten

Einrichtung	Anzahl Patienten	Art der Datenerhebung
Universitätsklinikum St. Pölten	7	Persönliche Interviews
HerzMobil Tirol	9	Telefoninterviews, Tagebuch
HerzMobil Klagenfurt	7	Telefoninterviews, Tagebuch
Universitätsklinikum Krems	4 (6)	Telefoninterviews, Tagebuch
Gesamt	27	

Sowohl der Leitfaden für die persönlichen Interviews in St. Pölten als auch für die Telefoninterviews mit den Patientinnen bzw. Patienten anderer Einrichtungen gliederte sich in drei Fragekategorien. Diese Leitfäden wurden auf Basis erster Ergebnisse der Sichtweise der Expertinnen bzw. Experten erstellt: gefühlte Unterstützung in der Behandlung, eigene Rolle in der Behandlung, Bezug zu technischen Geräten in der Behandlung.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Analyse der Patientinnen- bzw. Patientendaten zusammengefasst. Diese sind für die Zwecke der Studie in allgemeine Themen mit Relevanz für Telemonitoring in der CHI-Behandlung sowie spezifische möglichen Barrieren und Motivatoren gegliedert.

4.2.1. Relevante Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring

Aus den vorab gesammelten Daten lassen sich induktiv relevante Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring ableiten. Diese beziehen sich auf Belastungen durch die Krankheit, Bewusstsein, Eigenverantwortung, Betreuungsnetzwerke und formelle und informelle Unterstützung.

Körperliche und psychische Belastung durch CHI. Mehrere Patientinnen bzw. Patienten beschrieben, dass ihre Diagnose überraschend für sie kam („[...] und momentan habe ich so einen hohen Puls gehabt und den haben wir nicht mehr heruntergebracht und da sind sie draufgekommen, dass das vom Herzen kommt“). Die Krankheit selbst geht nicht nur mit zeitweisen körperlichen Einschränkungen („Da waren wir vorhin eingeschränkt, also ich zumindest – ich konnte kein Stockwerk mehr, Treppe laufen – war – das ging gar nicht“) und Luft- bzw. Atemproblemen einher, sondern Patientinnen bzw. Patienten erleben die Krankheit auch als psychische Belastung („[...] wahrscheinlich psychisch auch, dass das a bissl was hat, dass ich das nicht so gut verkrafte“). Auffallend war dabei, dass vor allem teilnehmende Patientinnen bzw. Patienten über krankheitsbedingte Belastungen sprachen, die sich nicht in einem Versorgungsprogramm befanden.

Bewusstsein über die Ernsthaftigkeit der Krankheit. Der Leidensdruck und die Schwere der Krankheit führt bei einigen Patientinnen bzw. Patienten von CHI dazu, dass sie sich damit abfinden müssen, zumal sie sich der Ernsthaftigkeit der Krankheit bewusst sind: „Weil wenn mein Herz steht, wenn ein Aussetzer ist, diese Herzinsuffizienz ist ja praktisch eine Sache, die ist ja – des ist ja schlimm. Weil da kommt es ja zum momentanen Herztod und da hast ja keine Chance mehr. Da kannst du nicht einmal 144 wählen mehr.“ So seien die Patientinnen bzw. Patienten dazu gezwungen, zu handeln („[...] dann haben wir uns jetzt vorgenommen wir gehen in ein Fitnessstudio, lassen uns da beraten, suchen uns eben halt

wirklich eines, das kompetente Angestellte hat und machen da wieder ein bisschen was, weil irgendetwas muss passieren, weil sonst, ja [...]“).

Eigenverantwortung der Patientinnen bzw. Patienten in der Behandlung. In den Interviews kam immer wieder hervor, dass sich Patientinnen bzw. Patienten über ihren eigenen Beitrag bei der Behandlung wenig bewusst waren („*Tabletten nehmen, sonst habe ich nichts*“). Umgekehrt wurde ersichtlich, wie viele Dokumente Patientinnen bzw. Patienten bei den Arztbesuchen mit sich trugen und wie viel sie selbst im Alltag beitrugen. Wenn auch das soziale Umfeld dabei eine Rolle spielte, waren Selbstständigkeit und gefühlte Autonomie von ebenso großer Wichtigkeit („[...] *das mache ich eh alles selber, da brauche ich niemanden*“), wobei sich auch viele Patientinnen bzw. Patienten in einer Position sahen, lediglich Vorgaben zu befolgen („*das wird sowieso befolgt*“).

Ein sozio-technisches Betreuungsnetzwerk und gefühlte Sicherheit. Ein Betreuungsnetzwerk aus sozio-technischer Infrastruktur wirkte für viele Patientinnen bzw. Patienten als unterstützend. Technische Geräte wirkten etwa insbesondere dann als unterstützend, wenn Symptome durch Patientinnen bzw. Patienten selbst nicht sofort gedeutet werden konnten oder gar übersehen wurden, was zur gefühlten Sicherheit beitrug („[...] *er zeigt mir an, wenn ich ein Problem habe mit dem Herz, das ich eben den Arzt kontaktiere, wenn ich es selber nicht melde und das gibt mir ein ganz gutes Gefühl, ja.*“) Im Gegensatz sei es auch wichtig, eine medizinische Ansprechperson zu haben, wenn Symptome nicht gedeutet werden konnten: „*Manchmal schwanken die Werte – und spreche dann aber einen Arzt darauf an – muss ich jetzt was machen, wenn die ein bisschen schlechter geworden sind, oder ich sehe jetzt dann seit zwei bis drei Monate – die sind immer ein bisschen – entweder nach oben oder nach unten, aber, ja, und dann kriege ich immer gesagt es ist alles noch im Rahmen, Sie brauchen sich keine Sorgen machen – deshalb – ich fühle mich hier wirklich gut aufgehoben.*“ Die gefühlte Sicherheit wirke sich auch auf die Mobilität aus („[...] *ich kann fortbleiben [von zu Hause], ohne dass ich Angst habe*“).

Formelle und informelle Unterstützung. Sowohl formelle Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal als auch informelle Unterstützung im persönlichen sozialen Umfeld spielte eine Rolle in der Behandlung. Hausärztinnen bzw. Hausärzte und Internistinnen bzw. Internisten wurden regelmäßig kontaktiert und besucht, aber auch im Haushalt war die Unterstützung, beispielsweise beim Tragen von schweren Gegenständen wichtig („[...] *ich merk's im Haushalt allgemein, bei schweren Sachen, am Tragen – und das nimmt er mir halt ab*“) oder die Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten („*Aber zumindest kontrollieren, dass ich das auch immer nimm.*“). Eine wesentliche Rolle spielte auch das soziale Umfeld bei der Ausübung von Bewegung und Sport („[...] *wenn wir jetzt zusammen gehen, dann hat jeder so den Antrieb*“) sowie bei einer Verschlechterung des Zustandes oder in Notfällen („*Wenn es mir schlecht geht, dann kann ich immer noch die Tochter anrufen, oder sofort den Arzt, wenn wirklich etwas wäre*“). Sowohl persönlicher Kontakt als auch Kontaktaufnahme per Telefon war dabei relevant („[...] *ich mein es klappt der Kontakt in der Zwischenzeit mit der HI Abteilung, wo ich ständig Fragen stellen konnte [...] falls irgendetwas hochkommt, dann konnte ich mich auch ohne Termin melden*“).

4.2.2. Barrieren

Aus der Analyse der Patientinnen- bzw. Patientendaten ergaben sich folgende Barrieren in Bezug auf die Nutzung von Telemonitoring, die sich auf folgende Themenbereiche fokussierten:

Schwierigkeiten durch (gefühlte) Veränderung der Lebensumstände:

- Subjektive altersbedingte Schwierigkeit, sich mit neuen Geräten und Gewohnheiten auseinanderzusetzen und mangelnde Unterstützung dabei,
- Verlust der Routine durch Arbeit (Ruhestand), sich veränderndes soziales Umfeld durch Ortswechsel (z.B. Umzug in ein anderes Gebiet oder gar Land), Trägheit ‚mit dem Alter‘,
- Pessimismus bzgl. der Verbesserung des Gesundheitszustandes: „[...] *warum sollte ich mich jetzt anpumpen mit Medikamenten, wenn es eh nichts hilft. Weil das Herz wird nicht mehr stärker, des wird sich nicht mehr erholen mit dem Alter*“,
- Einschränkungen durch die COVID19-Pandemie: „*Besser wird es nicht geworden sein, weil in Heimquarantäne spazieren gehen habe ich auch nicht können*“,
- Diskontinuität in der Behandlungssituation oder Betreuung: „[...] *für mich persönlich hätte ich schon gesagt, es wäre fein, wenn das HerzMobil länger gegangen wäre vielleicht noch in einer leichteren Form.*“

Negative Erfahrungen und Assoziationen mit Technologien:

- Unbehagen bei der Nutzung technischer Geräte, da sie an die eigene Fragilität erinnern („[...] *jetzt hat man schon die Hose ein bisschen voll, ned – wenn man sieht jetzt bekommst du so ein Gerät [mit dem man seine Gesundheit laufend überprüft, Anm.]*“),
- Unbehagen bei der Nutzung technischer Geräte, da diese ohne Anwesenheit von Fachpersonal eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufzeigen könnten: „[...] *es irritiert ein bisschen, also wenn man irgendetwas tut und auf einmal ist der Puls auf 110 oder 120 [...] man schaut dann immer – ui, jetzt ist das schon zu viel*“,
- Risiken bei der Techniknutzung (etwa durch fehlende Transparenz), vor allem, wenn Patientinnen bzw. Patienten durch mangelnde Kompetenz oder Unterstützung mit dieser alleine gelassen sind (vgl. „*Am Anfang war ich erst der Meinung, dass es ein Fehlkauf war, weil ich mir die App damals heruntergeladen habe und dann geht es gleich einmal mit Konto anlegen und so. Dann habe ich daraus im ersten Moment erschlossen, dass das quasi die Daten dann online zieht und das wollte ich eigentlich nicht*“),
- Mangelnde Personalisierung technischer Geräte, z.B. in Bezug auf das selbstständige Messen des Blutdrucks: „*Ich habe da so ein Band und das muss man immer anpassen, und ja beim Betrachten vom Blutdruck, das muss man immer einschalten, aber einfacher wäre es schon anders*“,
- Zu viele verschiedene Geräte für Personen, die mehrere Funktionen benötigen, da diese teils zeitgleich oder direkt nacheinander verwendet werden müssen.

Fehlende Aneignung der Technologien und Praktiken:

- Fehlendes soziales Umfeld, um gemeinsam Aktivitäten nachzugehen,
- Vergessen, Medikamente einzunehmen („[...] *dass ich vielleicht einmal auf der Nacht einmal vergesse dann, ned. Kann vorkommen, aber nicht oft*“),
- Zu hohe Kosten z.B. für Sport oder Geräte,

- Repetitive Handlungen und damit verbundene Nachlässigkeit („[...] *das habe ich auch ganz streng gemacht und jetzt lasse ich auch schon nach Blutdruck – ja es ist eh immer der gleiche*“).

Mangelndes Wohlbefinden:

- Negative Auswirkung fehlender sozialer Kontakte auf das Wohlbefinden (aus verschiedenen Gründen, z.B. durch Ortswechsel),
- Fehlende Routinen im Alltag durch Ruhestand,
- Weniger Genuss an Aktivität durch geringere Belastbarkeit („[...] *ich hab dann auch nicht so die Leistung gehabt, so habe ich dann den Spaß ein bisschen verloren*“),
- Einschränkungen durch Nebenerkrankungen („[...] *jetzt habe ich ein halbes Jahr die Gürtelrose und das geht nicht weg, das ist das größte Problem momentan*“).

Fehlende Transparenz und schlechte Aufbereitung von Informationen:

- Fehlende Ansprechpersonen und Informationen zum Thema ‚Datensicherheit‘ („*am Anfang war ich erst der Meinung, dass es ein Fehlkauf war, weil [...] dann geht es gleich einmal mit Konto anlegen und so. Dann habe ich daraus [...] erschlossen, dass das quasi die Daten dann online zieht und das wollte ich eigentlich nicht*“),
- Falschmeldungen im Internet, die den Umgang mit der Krankheit und die Behandlung negativ beeinflussen,
- Unhandliche (z.B. besonders dicke) Broschüren zur Erklärung der Techniknutzung.

4.2.3. Motivatoren

Aus der Analyse der Patientinnen- bzw. Patientendaten ergaben sich folgende Motivatoren in Bezug auf die Nutzung von Telemonitoring, die sich in folgende Themenbereiche gliedern lassen:

Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefinden. Vor allem Patientinnen bzw. Patienten betonten wiederholt, dass die Behandlung und die konsequente Einhaltung der Praktiken langfristig zum Wohlbefinden beitragen würde. Einerseits war damit die Herzkrankheit an sich gemeint („[...] *momentan fühle ich mich soweit ganz wohl [...] die Probleme, die ich vorher hatte, habe ich im Moment – also zumindest seit der OP – nicht mehr gehabt*“), zumal eine hohe Dringlichkeit bestehe („[...] *ich muss jeden Tag in der Früh messen und wiegen*“), andererseits auch die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Doch die Patientinnen bzw. Patienten sprachen über ihr Wohlbefinden nicht nur in diesem engeren Sinn. So trage Bewegung positiv zu diesem bei (nicht nur zur Behandlung der CHI), ebenso die Unternehmungen mit sozialen Kontakten. In dieser Hinsicht sprachen Patientinnen bzw. Patienten oft darüber, dass es ihnen derzeit allgemein besser gehe als früher.

Bewusstsein über die Ernsthaftigkeit der Krankheit und Optimismus. Patientinnen bzw. Patienten waren sich häufig der Ernsthaftigkeit der Krankheit bewusst, was sich auch als Motivator für Praktiken im Rahmen der Behandlung herausstellte. So sei man als Patientin bzw. Patient dazu gezwungen, zu handeln (vgl. „[...] *dann haben wir uns jetzt vorgenommen wir gehen in ein Fitnessstudio, lassen uns da beraten, suchen uns eben halt wirklich eines,*

das kompetente Angestellte hat und machen da wieder ein bisschen was, weil irgendetwas muss passieren, weil sonst, ja [...]“). Dem Bewusstsein über die Ernsthaftigkeit der Krankheit wurde allerdings von einigen Patientinnen bzw. Patienten ein Optimismus entgegengesetzt, der sich ebenfalls als notwendiger Motivator herausstellte, zumal Patientinnen bzw. Patienten häufig mit Unsicherheiten lebten: „Das Schlechte, das muss sich erst einmal zeigen [...] zwei oder drei Wochen dauert es, bis ein Ergebnis vorliegt oder so, und wenn man da immer gleich von Schlechten ausgeht, dann mache ich mich nur selber fertig.“

Zeitliche, örtliche und soziale Routinen. Routinen wirkten sowohl in Bezug auf Zeit als auch auf das soziale Umfeld der Patientinnen bzw. Patienten. Die Einbettung von Praktiken im Zusammenhang mit Telemonitoring wurde dabei häufig als positiv empfunden, sofern diese Teil des gewöhnlichen Tagesablaufes waren, d.h. zu einem gewissen Zeitpunkt stattfanden („[...] ich muss jeden Tag in der Früh messen und wiegen“, oder „Gewichtskontrolle und Blutdruck messen, Zucker messen und am Abend die Spritze geben“) oder in Wochenabläufe integriert waren („Ich weiß es ja, dass man gar nicht mehr darüber nachdenkt, dass man es macht. Also man richtet die Tabletten her für eine Woche und Samstag ist das zu Ende und da füllen wir es wieder nach.“). Routinen erwiesen sich primär dann als fruchtbar, wenn sie im Zusammenhang mit anderen Routinen ausgeübt wurden, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit der Krankheit standen („Ich stehe zwischen sechs und sieben in der Früh auf und dann, im Zuge dessen, dass ich mir einen Kaffee nehme, mache ich das mit den Medikamenten und dann Blutdruck messen, das ist so regelmäßig, so zwischen sechs und sieben Uhr“).

Routinen stellten dabei auch einen Teil sozialer Praktiken dar, was die Patientinnen bzw. Patienten häufig vor allem in Hinblick auf physische Bewegung motivierte: „[...] und deshalb sehe ich da, wenn wir jetzt zusammen gehen, dann hat jeder so den Antrieb ‚ich gehe mit und mache halt doch‘ und ja, unsere Nachbarn gehen auch zwei Mal die Woche und ich habe auch schon gesagt, dann gehen wir zusammen und gehen anschließend Kaffee trinken und das ist dann schon wieder ein bisschen ein, ja, so einen Auftrieb der einen da gibt, dass man sich jetzt geh raus dann, ja.“

Auch regelmäßige Treffen mit Trainerinnen bzw. Trainern zur Bewegung wirkten teilweise unterstützend „[...] mir ist es schon wichtig, dass da so ein Sportwissenschaftler dabei ist, der mich da mehr oder weniger unterstützt, der mir sagt, ich soll das und das machen und so weiter.“ Auch im Haushalt spielten soziale Praktiken eine Rolle, in welchem Zusammenhang häufig von ‚Teamwork‘ gesprochen wurde, sofern Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer etwa mit Familienangehörigen zusammen wohnten, die sie unterstützen könnten. Andere Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer sprachen von Routinen (wie physischen Aktivitäten), die sie mit Freundinnen bzw. Freunden oder Nachbarinnen bzw. Nachbarn praktizierten. Angehörige wurden zudem dahingehend erwähnt, dass diese eine Art Kontrollfunktion ausübten, etwa bei der Einnahme von Medikamenten. In einem Betreuungsnetzwerk wurde auch der regelmäßige Kontakt zu Betreuungspersonen positiv bewertet („[...] also wir telefonieren 2-3 Mal die Woche sogar und ja ist ein Segen“). Zudem waren bestimmte Orte bei den Routinen für manche Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer von Bedeutung. So sprachen etwa manche von Touren, die sie in regelmäßigen Abständen gingen, oder von Orten, an denen sie Medikamente platzierten, um nicht darauf zu vergessen („[...] ich habe es dort stehen, wo ich es immer sehe [lacht, Anm.]. Die haben schon ihren Platz und weil damit – man sieht es in der Früh auch, weil das eine, was ich schon früher nehme und da stelle ich mir es am Tisch hin und, dass ich es nicht vergesse“).

Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung und Versorgung. Patientinnen bzw. Patienten berichteten von positiven und negativen Erfahrungen mit behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten. Die Kompetenz der Ärztinnen bzw. Ärzte wurde in Zusammenhang mit der Behandlung häufig als positiver Faktor genannt, ebenso wie die Tatsache, dass sich Ärztinnen bzw. Ärzte ausreichend Zeit nehmen (*„[...] wenn man so ein Paket Befunde haben [sic!], also sieht man ja also, wenn sich der Arzt Zeit nimmt. Denk ich mir. Sieht man ja, dass andere Krankheiten auch vorhanden sind“*). Umgekehrt wurden weniger Wartezeiten im Krankenhaus als vorteilhaft genannt (*„[...] ned dauernd in das Krankenhaus fahren und die Wartezeit. Das sind oft Stunden“*), sowie bedarfsorientierte Untersuchungen (*„[...] er würde mir quasi ein Alarmsignal geben, wenn er feststellt, dass irgendetwas nicht passt und ich müsste mich halt dann melden bei der entsprechenden Abteilung“*). Häufig wurde in der Behandlung oder im Betreuungsnetzwerk auch eine persönliche Komponente als wesentlich genannt. Eine spezifische Ansprechperson im Versorgungsnetzwerk wurde häufig als wesentlicher Erfolgsfaktor genannt, zumal diese Person sich regelmäßig meldete oder jederzeit kontaktiert werden konnte, wobei über den Gesundheitszustand und auch über das psychische Wohlbefinden gesprochen werden konnte, auch bei Problemen.

Selbstbestimmtheit und proaktives Handeln. Ein wesentlicher Motivator für Patientinnen bzw. Patienten war es, bis zu einem gewissen Grad selbstständig agieren zu können (vgl. *„[...] das mache ich eh alles selber, da brauche ich niemanden“*). Ein Patient nannte mehr Mobilität durch Telemonitoring als Motivator, so etwa die Möglichkeit, auf Urlaub zu fahren (*„[...] man ist irgendwo auf Urlaub und da wäre es dann schon gut, wenn der Medikamente, Daten, etc. hat, also ich bin da fast dafür“*) oder generell mobil zu sein (*„[...] mir geht es gut, ich brauche niemanden und ich kann auch lange fortbleiben, ohne dass ich Angst habe, weil was ich früher immer Angst gehabt habe – mein Gott, aber jetzt, seit dem ich da mitmache, bin ich selbstständig und so kann ich immer mehr“*). So war es für die Patientinnen bzw. Patienten umgekehrt wichtig, selbst zur Gesundheit beitragen zu können (*„[...] für den Allgemeinzustand und mir gibt es auch ein gutes Gefühl, wenn ich weiß, ich mache selber was dafür“*). Auch Interesse am eigenen Körper wurde von diesen als Motivator dafür genannt, sich mit dem eigenen Körper langfristig auseinanderzusetzen (*„[...] es hat mich jetzt für mich dann so interessiert, weil ich jetzt dann auch, sage ich einmal, meinen Körper ein bisschen neu kennenlernen – also wie er sich verhält in verschiedenen Situationen aufgrund vom Herzschrittmacher“*). Patientinnen bzw. Patienten sprachen auch positiv darüber, wie sie sich selbstständig an ihre Gesundheit herantasteten: *„Ich mache das selbstständig [...] weil mich das interessiert, wie das aussieht nach einer Belastung [...] so habe ich mich eigentlich zu der Belastung hingetastet, wie weit ich gehen kann.“*

Proaktiv zeigten sich Patientinnen bzw. Patienten auch in der Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal. Dies bezog sich auf die Absprache mit Ärztinnen bzw. Ärzten über die Behandlung (*„Mit den Medikamenten haben wir uns geeinigt [...]. Dann habe ich das mit den Ärzten besprochen und dann haben wir das geändert, dementsprechend“*) und über die Auswertung von Krankheitsverläufen (*„Ich habe da auch schon so ein halbes Buch, also einen Ordner voll, und da gehe ich mit meinen Daten, ich werte das auch grafisch aus die ganzen Daten und bespreche das mit meinem Arzt“*). Patientinnen bzw. Patienten sprachen in ähnlicher Weise darüber, wie sie Feedback an Ärztinnen bzw. Ärzte weitergaben (*„Und wie ich gesagt habe – ich glaube das Medikament sollte ich ein bisschen weniger nehmen, das würde mir besser tun, dann haben wir das so gemacht“*). Das proaktive Handeln zeigte sich auch darin, dass Patientinnen bzw. Patienten häufig selbstständig soziale Kontakte aufnahmen (*„Ich bin jetzt ein freier Mensch und ich mache was ich will, und wenn ich Ruhe will, dann mache ich das eben, dass ich eine Ruhe habe, und dann eben, wenn ich sprechen will,*

gehe ich zu Nachbarn oder egal wie“). Ein solches proaktives Handeln war vor allem bei teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten erkennbar, die sich in einem Versorgungsprogramm befanden oder befunden hatten und an der vorliegenden Studie teilnahmen (wobei kein kausaler Zusammenhang zwischen Versorgungsprogrammen und proaktivem Handeln untersucht wurde).

4.2.4. Zusammenfassung der Patientinnen- bzw. Patientensicht

Die haben Patientinnen bzw. Patienten haben aus unterschiedlichen Behandlungskontexten ein facettenreiches Bild ihrer Erfahrungen aufgezeigt. Konkrete Barrieren und Motivatoren wurden genannt bzw. ließen sich aus den Daten induktiv ableiten, die sich besonders auf Faktoren um folgende Aspekte bezogen:

- Vermittlung von Informationen und Bewusstsein,
- Lebensumstände,
- Assoziationen mit Technologien,
- Technologie-Aneignung,
- Wohlbefinden und die Einstellung der Patientinnen bzw. Patienten,
- Zeitliche, örtliche und soziale Routinen,
- Die Qualität der Behandlung und Versorgung und
- Selbstbestimmtheit der Patientinnen bzw. Patienten und proaktives Handeln.

Patientinnen bzw. Patienten berichteten auch über ihre eigene Rolle in der Behandlung, die allerdings unterschiedlich ausfiel. So stellte Selbstbestimmtheit bei vielen Patientinnen bzw. Patienten einen wesentlichen Faktor oder gar einen Motivator dar, andererseits sahen sich viele von ihnen auch in der Rolle, Anweisungen durch Ärztinnen bzw. Ärzte oder ein Betreuungsnetzwerk zu befolgen, wobei der regelmäßige Austausch mit diesen Versorgungseinrichtungen grundsätzlich ein wesentlicher Motivator für die Patientinnen bzw. Patienten war. Eigenverantwortung innerhalb der Behandlung hat sich daher als zweiseitig erwiesen, zumal einige Patientinnen bzw. Patienten auch mit sich verändernden Lebensumständen etwa von Ortswechsel oder Gewohnheiten zu tun hatten. Wesentliche Motivatoren waren hingegen an die Verbesserung des Gesundheitszustandes und das Wohlbefinden sowie an Routinen und die Zufriedenheit mit der Versorgung gekoppelt.

5. DISKUSSION UND EMPFOHLENE MAßNAHMEN

5.1. Entscheidende Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring

Wie sowohl aus den mit den Expertinnen bzw. Experten als auch mit den Patientinnen bzw. Patienten erhobenen Daten hervorgeht, ist die ideale Lösung von Telemonitoring **eine Frage des Einzelfalls**. Inwieweit das Telemonitoring für die Patientinnen bzw. Patienten funktioniert, hängt häufig davon ab, ob es einen Bezug der Aufgaben zum Alltag gibt, wie es um kontextuelle Faktoren wie etwa die Wohnsituation steht und wie sich die gesundheitliche Situation zusammensetzt. Demnach ist keine ‚One-Size-Fits-All‘-Lösung für alle Patientinnen bzw. Patienten sinnvoll. Auch in der Literatur werden diesbezüglich individuelle Unterschiede der Patientinnen bzw. Patienten hervorgehoben, etwa in Bezug auf psychologische Aspekte (Titscher, 2006), wobei auch die Anpassbarkeit von Telemedizin im Allgemeinen auf individuelle Bedürfnisse empfohlen wird (Wherton et al., 2015).

Bereits aus den zuerst erhobenen Sichtweisen der Expertinnen bzw. Experten ließen sich eine Reihe an Kategorien von Patientinnen bzw. Patienten ableiten, die in der vorliegenden Studie anhand von Daten von Patientinnen bzw. Patienten ergänzt wurden. Die Verfasserinnen sind dahingehend der Meinung, dass die explizite Auflistung dieser Kategorien an sich schon einen praktischen Wert für die Konzeption von neuen Telemonitoring-Pilotprojekten haben könnte. Nicht zuletzt könnten die Patientinnen- bzw. Patientenkategorien für eine Reihe von konzeptionellen Vorabprüfungen in der Planung neuer Initiativen genutzt werden: Geht ein geplantes technisches Konzept zufriedenstellend auf die verschiedenen gelisteten Bedürfnisse ein? Werden die verschiedenen Problemszenarien durch das Konzept ausreichend bedacht? Wenn die geplante Telemonitoring-Lösung nicht für alle Patientinnen bzw. Patienten gleichermaßen tauglich ist, wie genau soll sich die Zielgruppe zusammensetzen und welche Patientinnen- bzw. Patientenkategorien umfasst diese?

In Tabelle 3 werden ein Überblick über Faktoren (Themen), die die Nutzung von Telemonitoringstechnologien beeinflussen, sowie die daraus resultierenden Kategorien an Patientinnen bzw. Patienten aufgezeigt.

Tabelle 3: Kategorien von Patientinnen bzw. Patienten auf Basis der Daten

Themen	Patienten, die ...
Verständnis von Krankheit und Medizinischer Versorgung	... ihre Erkrankung (nicht) verstehen.
	... die medizinischen Details (nicht) verstehen.
	... die Ernsthaftigkeit ihrer Erkrankung (nicht) verstehen.
	... (nicht) wissen, wen sie in Bezug auf ihre medizinische Behandlung ansprechen sollen/können.
Bereitschaft zur Auseinandersetzung	... sich prinzipiell (nicht) mit ihrer Krankheit auseinandersetzen (wollen/können).
	... sich (nicht) tagtäglich mit Ihrer Krankheit auseinandersetzen (wollen/können).
Eigenverantwortung in der Behandlung	... ihr Verhalten (nicht) ändern (wollen/können).
	... ihre eigene Aufgabe im Rahmen der CHI-Behandlung (nicht) selbst managen (wollen/können).
	... (nicht) regelmäßig Blutdruck und Gewicht messen (wollen/können).
	... ihre Medikamente (nicht) regelmäßig nehmen (wollen/können).
Persönliche Betreuung in der Behandlung	... (keinen) Zugang zu persönlicher Betreuung haben.
	... (nicht) die Voraussetzungen erfüllen, um an einem Betreuungsnetzwerk teilzunehmen.
Informelle Unterstützung	... über (keine) informelle Unterstützung im Haushalt verfügen.
	... (k)ein persönliches Umfeld haben, welches dazu motiviert, das Verhalten zu ändern.
	... (keinen) Zugang zu Schulungen haben, an denen auch das nähere Umfeld (z.B. Angehörige) teilnehmen kann/will.
Techniknutzung	... ohnehin (nicht) Technik nutzen (wollen/können).
	... Technik (nicht) im Rahmen ihrer Behandlung nutzen würden (wollen/können).

Themen	Patienten, die ...
Spekulationen in Bezug auf den Einsatz von Telemonitoring	... (nicht) gerne mehr/häufigeren Kontakt zu ihren medizinischen Betreuerinnen bzw. Betreuern (Ärzte bzw. Ärztinnen, Pflegerinnen bzw. Pfleger) haben möchten.
	... sich (nicht) durch Telemonitoring überwacht fühlen würden (im Positiven wie im Negativen).
	...sich (nicht) durch Telemonitoring sicherer fühlen würden.
	... sich durch Telemonitoring (nicht) mehr Sorgen um ihre Gesundheit machen würden.
	... durch Telemonitoring gerne (nicht) mehr über ihre Erkrankung lernen würden.
	... sich durch Telemonitoring (nicht) motiviert fühlen würden, ihr Verhalten zu verändern.
	... sich durch Telemonitoring (nicht) ständig an ihre Krankheit erinnert fühlen würden.
	... Telemonitoring (nicht) als Extra-Aufwand empfinden würden.
	... sich (nicht) selbst mit den Daten im Telemonitoring auseinandersetzen wollen würden.

Was das Verständnis der Krankheit und die medizinische Sicht betrifft, so sind diese für die Patientinnen bzw. Patienten selbst wichtig, wie auch die Daten der Patientinnen bzw. Patienten ergeben haben. Die **Belastung durch den Gesundheitszustand** sowie dessen **Verbesserung** per se wurde häufig als Motivation genannt, das Telemonitoring in den Alltag zu integrieren und sich dadurch näher mit der eigenen Gesundheit zu befassen sowie auch aktiv dazu beizutragen. Umgekehrt wurde fehlende **körperliche Leistungsfähigkeit** auch als Barriere genannt, sich mit der Krankheit bzw. der Gesundheit auseinanderzusetzen. Die Ergebnisse aus den Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten werden zudem in den Kategorien der Patientinnen bzw. Patienten der Bereitschaft zur Auseinandersetzung und der Eigenverantwortung angedeutet. Über die Krankheit als Belastung sprachen vor allem Patientinnen bzw. Patienten, die an der Studie teilnahmen und sich nicht in einem Versorgungsprogramm befanden bzw. zum Zeitpunkt befunden hatten. Regelmäßiger persönlicher Kontakt im Versorgungsnetzwerk wurde hingegen von Patientinnen bzw. Patienten als wesentlicher Faktor genannt, um auch eine psychische Unterstützung zu gewährleisten.

Wo Praktiken des Telemonitorings bereits im Alltag integriert waren (z.B. regelmäßige körperliche Aktivitäten oder das selbstständige Messen des Blutdruckes), war eine **sinnvolle Einbettung in den Alltag** ein besonderer Erfolgsfaktor. So spielten tägliche Routinen und die Verbindung der Routinen mit Bedürfnissen der Patientinnen bzw. Patienten, wie etwa jenen nach sozialen Kontakten, eine Rolle. So konnte gezeigt werden, dass die Motivation eng mit dem Alltag und alltäglichen Praktiken im Allgemeinen zusammenhängt. Dies wird durch die Literatur bestätigt, da auch hier betont wird, dass eine erfolgreiche Behandlung in die Umgebung passen sollte (Vassilev et al., 2015) und die Vereinbarkeit von alltäglichen Praktiken mit Praktiken der Behandlung wichtig ist (Sanders et al., 2012).

Aber auch das **persönliche (soziale) Umfeld**, der **sozioökonomische Status** und der **Nutzungskontext** zeigten sich als relevant. Patientinnen bzw. Patienten, die nahe an der Natur lebten, sprachen häufig positiv von Erlebnissen und davon, wie das Umfeld dazu einlud, sich nach draußen zu begeben und sich zu bewegen. Ebenso die **soziale Organisation** von

Bewegung, etwa durch regelmäßige physische Aktivitäten mit Bekannten oder Verwandten, wurde häufig als Motivator bzw. von Patientinnen bzw. Patienten als Wunsch genannt, wenn dies nicht der Fall war. So wurde es als Vorteil gesehen, wenn sozialer Zusammenhalt wie z.B. durch ein Familienumfeld existierte, um Unterstützung im Alltag zu erhalten. Zumal es Patientinnen bzw. Patienten gab, die eine **Vernetzung mit anderen Patientinnen bzw. Patienten** in ihrem engeren geographischen Umkreis vermissten, wäre eine solche hilfreich.

Persönlicher Kontakt in der Behandlung lässt sich ebenfalls als wichtiger Faktor festhalten. Ansprechpersonen waren wichtig, sowohl um Symptome der Erkrankungen einordnen zu können, als auch, um beim psychischen Wohlbefinden zu unterstützen sowie über psychische Belastungen sprechen zu können. Solche Ansprechpersonen waren dabei im Rahmen des Versorgungsnetzwerkes, aber auch im Sinne der Kontinuität nach der Versorgung von Bedeutung. Einzelne Patientinnen bzw. Patienten wünschten sich zudem eine Kontinuität in der Betreuung nach der Versorgung innerhalb eines Versorgungsprogramms. Die wesentliche Rolle von **Beziehungen zu medizinischem Fachpersonal** wurde ebenso in der Literatur wiederholt als wesentlicher Faktor in der medizinischen Behandlung genannt (Di Lenarda et al., 2017).

Die **Eigenverantwortung der Patientinnen bzw. Patienten** wurde von vielen als positiv und bestärkend wahrgenommen, zumal sie dadurch selbst zu ihrer Gesundheit beitragen konnten, was zu einem ‚Patient Empowerment‘ führen kann. Bereits in der Literatur wurde bekräftigt, dass Technologien von Patientinnen bzw. Patienten selbst als befähigend (und nicht als einschränkend) wahrgenommen werden sollen (Milligan et al., 2011). Expertinnen bzw. Experten betonten aber auch, dass Patientinnen bzw. Patienten stark auf Ärztinnen bzw. Ärzte angewiesen sind, was sich ebenso in der Meinung der Patientinnen bzw. Patienten widerspiegelt, welche die Regeln der Ärztinnen bzw. Ärzte ‚befolgen‘. Häufig war allerdings auch eine **Zusammenarbeit zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Fachpersonal** erkennbar, etwa dann, wenn es um die Einstellung von Medikamenten oder um eine umfassend betreute Veränderung der Lebensgewohnheiten ging. **Proaktives Handeln** der Patientinnen bzw. Patienten war vor allem unter jenen teilnehmenden Personen zu erkennen, die an einem umfassenden Versorgungsprogramm teilnahmen oder teilgenommen hatten (wobei kein kausaler Zusammenhang zwischen Versorgungsprogrammen und proaktivem Handeln untersucht wurde). Die Patientinnen bzw. Patienten nahmen aktiv soziale Kontakte auf und sprachen vermehrt darüber, Feedback an medizinisches Fachpersonal zu geben sowie den Gesundheitszustand gemeinsam mit dem Fachpersonal über die Zeit hinweg zu evaluieren.

In Bezug auf die unterschiedlichen **Versorgungseinrichtungen** konnten einige Aspekte aufgezeigt werden. In einem Kontext, in dem das Telemonitoring nicht im Einsatz war, wurde stark von der Notwendigkeit gesprochen, **Bewusstsein** in Bezug auf die Nutzung von Technologien zu schaffen, und zwar sowohl unter Patientinnen bzw. Patienten als auch unter Ärztinnen bzw. Ärzten. Diesbezüglich zeigten sich Bedenken bzgl. der Transparenz und Privatsphäre. Auch **Ängste** in Bezug auf die Techniknutzung wurden in der Literatur genannt, so etwa die Angst vor Abhängigkeit von dieser oder die Konnotation von assistiven Technologien mit bestimmten Stigma (Yusif et al., 2016). In bestehenden Versorgungsnetzwerken hingegen wurden viel mehr die positive Auswirkung von **regelmäßiger persönlicher Betreuung** auf das **psychische Wohlbefinden** und die **gefühlte Sicherheit** betont. Besonders erfolgreich zeigte sich auch die **individuelle Anpassung der Behandlung** auf die indi-

viduellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Patientinnen bzw. Patienten durch eine intensive Auseinandersetzung von Seiten der fachlichen Betreuung gemeinsam mit Patientinnen bzw. Patienten. Patientinnen bzw. Patienten in einem Versorgungsnetzwerk äußerten sich im Vergleich dazu besonders **optimistisch** und betonten die **motivierende Rolle des Versorgungsnetzwerkes** in Bezug auf die Veränderung des Verhaltens zum Wohle ihrer Gesundheit. **Zeitliche Einschränkungen** durch häufige Arztbesuche oder Routinen wurden hingegen vorwiegend von jenen Patientinnen bzw. Patienten geschildert, die sich nicht in einem Versorgungskontext befanden. So konnte ein solches auch dazu beitragen, Routineuntersuchungstermine einzusparen. Umgekehrt wurden **Routinen** in Bezug auf Sport oder im Zusammenhang mit sozialen Interaktionen positiv beschrieben, wenn diese bereits eingeführt waren, worauf sich Schulungen und individuelle Betreuung, etwa in einem Versorgungsnetzwerk, positiv auswirkten.

Zusammenfassend ergaben sich neben spezifischen relevanten Faktoren im Zusammenhang mit der Nutzung von Telemonitoring verschiedene Motivatoren und Barrieren. Diese wurden sowohl aus den Daten der Sichtweisen der Expertinnen bzw. Experten als auch aus jenen der Sichtweisen der Patientinnen bzw. Patienten herausgearbeitet. Die Barrieren und Motivatoren umfassen jeweils unterschiedliche Faktoren, etwa in Bezug auf individuelle und technische Faktoren, das Zusammenspiel zwischen einer erfolgreichen Behandlung und nachhaltiger Veränderung der alltäglichen Handlungen sowie kontextspezifische Faktoren und die Erfahrung der Behandlung und Versorgung. Um die Sichtweisen einander gegenüberzustellen, wurden die spezifischen Barrieren und Motivatoren in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Zusammenfassung der Barrieren und Motivatoren aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten und der Patientinnen bzw. Patienten

	Barrieren	Motivatoren
Experten	Individuelle Einschränkungen	Aussicht auf eine verbesserte Lebensqualität
	Soziale Einschränkungen	Verstärktes Sicherheitsgefühl
	Infrastrukturelle Einschränkungen	Verminderung von logistischem Aufwand
	Technische Einschränkungen	Zusätzlicher Kommunikationskanal
Patienten	Mangelndes Wohlbefinden	Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefinden
	Negative Erfahrungen und Assoziationen mit Technologien	Bewusstsein über die Ernsthaftigkeit der Krankheit und Optimismus
	Fehlende Aneignung der Technologien und Praktiken	Zeitliche, örtliche und soziale Routinen
	Fehlende Transparenz und schlechte Aufbereitung von Information	Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung und Versorgung
	Schwierigkeiten durch (gefühlte) Veränderung der Lebensumstände	Selbstbestimmtheit und proaktives Handeln

Wie in der Tabelle erkennbar ist, gab es bei einigen Themenbereichen Überschneidungen, wobei die Sichtweisen der Patientinnen bzw. Patienten spezifische, alltägliche Erfahrungen

widerspiegeln, wohingegen aus den Sichtweisen der Expertinnen bzw. Experten ein höheres Abstraktionslevel erkennbar war. Auf Basis der diskutierten relevanten Faktoren für die Nutzung von Telemonitoring und der Barrieren und Motivatoren werden im folgenden Unterkapitel die empfohlenen Maßnahmen ausgezeigt.

5.2. Empfohlene Maßnahmen

1. Berücksichtigung individueller Unterschiede. Unterschiede bei Faktoren wie Gesundheitszustand (auch in Hinblick auf Komorbiditäten), Lebensstil, Sprache, kognitive Fähigkeiten, Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Krankheit, Wohnsituation, sozio-ökonomischer Status, Betreuungszugang (formell und informell), Zugang zu Infrastruktur usw. sollten bei der Umsetzung von Betreuungsnetzwerken und Telemonitoring (u.a. auch Wahl des Endgerätes, zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen etc.) berücksichtigt werden.

2. Einbettung von Technologien, alltäglichen Behandlungspraktiken und Selbstmanagement in den Alltag der Patientinnen bzw. Patienten. Einen wesentlichen Aspekt bei der Verwendung von Technologien im Rahmen der Behandlung stellt die nachhaltige Aneignung von Technologien im Zusammenspiel mit dem Alltag, wie etwa in Form von örtlichen, zeitlichen und sozial geprägten Routinen, die häufig erarbeitet werden müssen, dar. Technologien und mit der Behandlung verbundene Aktivitäten sollten so im Alltag eine Bedeutung für die Patientinnen bzw. Patienten bekommen. Auch die Verbindung von Behandlung und Sozialleben fungiert für viele Patientinnen bzw. Patienten als wesentlicher Erfolgs- und Motivationsfaktor.

3. Berücksichtigung von Zugang zu technischer Infrastruktur. Zugang zu Hardware und Software und die dazu nötige Infrastruktur (wie z.B. eine funktionierende Internetverbindung) sind wesentlich für die Umsetzung von Telemonitoring. Ebenso sollte es Schulungen und Unterstützung in der Verwendung von technischen Geräten (auch bei Fehlern) im Alltag geben. Bewusstsein und die individuelle Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Technologien sind ebenfalls wichtig, zumal fehlendes Bewusstsein zu Misstrauen und negativen Konnotationen von Technologien und Krankheit führen kann.

4. Fokus auf allgemeines Wohlbefinden. Auch wenn eine CHI-Diagnose für viele Patientinnen bzw. Patienten eine große Belastung darstellt, sollte in die längerfristige Behandlung das allgemeine Wohlbefinden der Patientinnen bzw. Patienten miteingebunden werden. So sind Faktoren wie Selbstbestimmtheit, psychisches Wohlbefinden und bedeutsame Beziehung zu anderen Menschen wichtig für das Wohlbefinden der Patientinnen bzw. Patienten.

5. Schaffung von Zugang zu Ressourcen für die Patientinnen bzw. Patienten über Ansprechpersonen. Ein wichtiger Teil der Behandlung ist es, zu wissen, an wen sich die Patientinnen bzw. Patienten bei alltäglich auftretenden Fragen oder auch im Notfall wenden können bzw. müssen. Ansprechpersonen und etwa Kontaktstellen für allgemeine oder spezifischere Anliegen (z.B. auch in Hinblick auf psychische Belastungen) für die betroffenen Patientinnen bzw. Patienten tragen wesentlich zur Behandlung und auch zum psychischen Wohlbefinden dieser bei. Dies kann beispielsweise in Form von Betreuungsnetzwerken mit definierten Verantwortlichkeiten ermöglicht werden.

6. Schaffung von Bewusstsein und Interesse an der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung. Patientinnen bzw. Patienten sollten ein Bewusstsein darüber haben, inwieweit die Behandlung und ihr eigener Beitrag dazu zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität und Prognose beitragen kann.

7. Berücksichtigung des persönlichen Umfeldes in das Selbstmanagement. Häufig sind Personen im persönlichen sozialen Umfeld, wie etwa Angehörige, stark in das Selbstmanagement von Patientinnen bzw. Patienten mit eingebunden. Somit ist es notwendig, diese dabei z.B. in Schulungen zu involvieren und in ihrer Rolle zu unterstützen. Sollten Patientinnen bzw. Patienten großteils auf sich alleine gestellt sein, sollten sie jedoch keinen Nachteil in der Behandlung haben.

8. Schaffung von Handlungsspielräumen für Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten in besonderen Situationen. Patientinnen bzw. Patienten mit CHI unterliegen im Zuge der momentanen Corona-Pandemie, da sie eine der Risikogruppen darstellen, besonderen Risiken. Dies wirkte sich bisher auf die Bewegungsfreiheiten und die sozialen Kontakte aus, die für eine erfolgreiche Behandlung vor allem in Bezug auf Alltagsroutinen häufig sehr wichtig waren. Daher ist eine Berücksichtigung von besonderen Umständen wie diesen, um die vorherigen Empfehlungen auch in speziellen Situationen umsetzen und eine erfolgreiche Behandlung unter Berücksichtigung der Verbesserung der Lebensqualität sicherstellen zu können.

6. SCHLUSSFOLGERUNG

Der vorliegende Bericht präsentiert die vom CCIV in Auftrag gegebene Studie an die TU Wien zum Thema Telemonitoring zur Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI samt Hintergrund, Zielsetzung, Methodik, Ergebnissen und Diskussion inklusive Handlungsempfehlungen. Ziel der Studie war es, die Bedürfnisse der Patientinnen bzw. Patienten in der Behandlung von CHI zu erforschen und daraus Barrieren und Motivatoren im Zusammenhang mit der Nutzung von Telemonitoring durch Patientinnen bzw. Patienten mit CHI aus deren Sichtweisen abzuleiten. Dafür wurden eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt und ein Studiendesign vorgenommen, um die Erfahrungen von Patientinnen bzw. Patienten aus unterschiedlichen Versorgungssituationen zu erheben, was aufgrund der Situation in Bezug auf COVID-19 methodisch jedoch an die Umstände angepasst werden musste. Insgesamt wurden drei Interviews mit Expertinnen bzw. Experten durchgeführt sowie Sichtweisen von Patientinnen bzw. Patienten in Form von Interviews und einer Tagebuchstudie erhoben. Dabei wurden insgesamt 27 Patientinnen bzw. Patienten mit der Diagnose der CHI aus vier Behandlungskontexten in Niederösterreich, Tirol und Kärnten teils in einem persönlichen Gespräch, teils via Telefon befragt. Die Ergebnisse wurden induktiv analysiert.

Aus dem Datenkorpus wurden Ergebnisse abgeleitet, welche die Sichtweisen der Patientinnen bzw. Patienten aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten und der ersteren abbilden. Daraus wurden jeweils relevante Faktoren sowie Barrieren und Motivatoren in Hinblick auf die Nutzung abgeleitet. Barrieren im Bereich der Nutzung von Telemonitoring drehten sich um individuelle, soziale, infrastrukturelle und technische Faktoren. Bewusstsein und Lebensumstände sowie Assoziationen mit Technologien und Wohlbefinden spielten ebenfalls eine wichtige Rolle. Wesentliche Motivatoren umfassten die gefühlte verbesserte Lebens-

qualität, ein Gefühl der Sicherheit, die Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientinnen bzw. Patienten und die Qualität der Behandlung, Kommunikation und eine Verminderung des logistischen Aufwandes für die Patientinnen bzw. Patienten. Auf Basis der gesamten Ergebnisse wurden acht Empfehlungen abgeleitet, um den Bedürfnissen der Patientinnen bzw. Patienten in Hinblick auf ihre Behandlung speziell, aber auch im Zuge einer langfristigen Integration der Behandlung in den Alltag durch die Verwendung von Telemonitoring gerecht zu werden.

7. VERZEICHNISSE

7.1. Literaturverzeichnis

- Aceros, J. C., Pols, J. & Domènech, M. (2015). Where is grandma? Home telecare, good aging and the domestication of later life. *Technological Forecasting and Social Change*, 93, 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2014.01.016>
- Andersen, T., Bjørn, P., Kensing, F. & Moll, J. (2011). Designing for collaborative interpretation in telemonitoring: re-introducing patients as diagnostic agents. *International Journal of Medical Informatics*, 80(8), e112–e126. <https://doi.org/10.1016/j.ijmed-inf.2010.09.010>
- Attaallah, S., Klymko, K. & Hopp, F. P. (2016). Self-Care Among Older Adults With Heart Failure. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2, 1–10. <https://doi.org/10.1177/2333721416684013>
- Axelrod, L., Fitzpatrick, G., Burrige, J., Mawson, S., Probert, P., Rodden, T. et al. (2009). The reality of homes fit for heroes: design challenges for rehabilitation technology at home. *Journal of Assistive Technologies*, 3(2), 35–43. Zugriff am 19.07.2021. Verfügbar unter: https://publik.tuwien.ac.at/files/PubDat_182889.pdf
- BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.). (2019). *Telemedizin*. Zugriff am 28.04.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin.html>
- Boyne, J. J. J. & Vrijhoef, H. J. M. (2013). Implementing telemonitoring in heart failure care. Barriers from the perspectives of patients, healthcare professionals and healthcare organizations. *Current Heart Failure Reports*, 10(3), 254–261. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0140-1>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Clark, A. M., Spaling, M., Harkness, K., Spiers, J., Strachan, P. H., Thompson, D. R. et al. (2014). Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart (British Cardiac Society)*, 100(9), 716–721. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-304852>
- Derboven, J., Voorend, R. & Slegers, K. (2020). Design trade-offs in self-management technology: the HeartMan case. *Behaviour & Information Technology*, 39(1), 72–87. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2019.1634152>
- Di Lenarda, A., Casolo, G., Gulizia, M. M., Aspromonte, N., Scalvini, S., Mortara, A. et al. (2017). The future of telemedicine for the management of heart failure patients: a Consensus Document of the Italian Association of Hospital Cardiologists (A.N.M.C.O), the Italian Society of Cardiology (S.I.C.) and the Italian Society for Telemedicine and eHealth (Digital S.I.T.). *European Heart Journal Supplements: Journal of the European Society of Cardiology*, 19(Suppl D), D113–D129. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux024>
- Ezekowitz, J. A., O'Meara, E., McDonald, M. A., Abrams, H., Chan, M., Ducharme, A. et al. (2017). 2017 Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. *The Canadian Journal of Cardiology*, 33(11), 1342–1433. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.08.022>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230–235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Gensini, G. F., Alderighi, C., Rasoini, R., Mazzanti, M. & Casolo, G. (2017). Value of Telemonitoring and Telemedicine in Heart Failure Management. *Cardiac Failure Review*, 3(2), 1. <https://doi.org/10.15420/cfr.2017:6:2>

- Hanley, J., Ure, J., Pagliari, C., Sheikh, A. & McKinstry, B. (2013). Experiences of patients and professionals participating in the HITS home blood pressure telemonitoring trial: a qualitative study. *BMJ Open*, 3(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002671>
- Huang, J.-C. (2011). Exploring the Acceptance of Telecare Among Senior Citizens: An Application of Back-Propagation Network. *Telemedicine and e-Health*, 17(2), 111–117. <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0118>
- Köhler, F., Schieber, M., Lücke, S., Heinze, P., Henke, S., Matthesius, G. et al. (2007). „Partnership for the Heart” - Entwicklung und Erprobung eines neuen telemedizinischen Monitoring-Systems. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(9), 458–460. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970358>
- Korb, H. (2005). Integrierte Versorgung bei chronischer Herzinsuffizienz: Optionen für die Gesundheitsversorgung von morgen durch die Möglichkeiten der Telemedizin. *Telemedizinführer Deutschland*, 134–138. Zugriff am 12.02.2019. Verfügbar unter: http://www.telemedizinfuhrer.de/free/2005/korb_134_138.pdf
- Lee, C. & Coughlin, J. F. (2015). PERSPECTIVE: Older Adults' Adoption of Technology: An Integrated Approach to Identifying Determinants and Barriers. *Journal of Product Innovation Management*, 32(5), 747–759. <https://doi.org/10.1111/jpim.12176>
- Milligan, C., Roberts, C. & Mort, M. (2011). Telecare and older people: Who cares where? *Social Science & Medicine*, 72(3), 347–354. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.08.014>
- Sanders, C., Rogers, A., Bowen, R., Bower, P., Hirani, S., Cartwright, M. et al. (2012). Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare within the Whole System Demonstrator trial: a qualitative study. *BMC health services research*, 12(1), 122. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-220>
- Sharma, U. & Clarke, M. (2014). Nurses' and community support workers' experience of telehealth: a longitudinal case study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 191. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-164>
- Titscher, G. (2006). Psychologische Aspekte der kardiologischen Telemedizin. *Journal für Kardiologie*, 13(7-8), 234–238. Zugriff am 08.10.2019. Verfügbar unter: <https://www.kup.at/kup/pdf/5903.pdf>
- Vassilev, I., Rowsell, A., Pope, C., Kennedy, A., O'Cathain, A., Salisbury, C. et al. (2015). Assessing the implementability of telehealth interventions for self-management support: a realist review. *Implementation Science*, 10(1), 596. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0238-9>
- Vaziri, D. D. (2018). Negotiating Contradictions: Engaging Disparate Stakeholder Demands in Designing for Active and Healthy Aging. In D. D. Vaziri (Hrsg.), *Facilitating Daily Life Integration of Technologies for Active and Healthy Aging* (Informationsmanagement in Theorie und Praxis, S. 89–111). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22875-0_8
- Weik, I. & Sauermann, S. (2016). Telemonitoring in Österreich. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, (3), 36–46. Zugriff am 11.10.2019. Verfügbar unter: http://www.lig-gesundheit.at/documents/3466927/22069880/ZGP+03_2016+Weik_Sauermann_Telemonitoring+in+%C3%96sterreich.pdf/3cae38fd-34d4-4414-89aa-4a379463f995?version=1.0&t=1490255282000
- Wherton, J., Sugarhood, P., Procter, R., Hinder, S. & Greenhalgh, T. (2015). Co-production in practice: how people with assisted living needs can help design and evolve technologies and services. *Implementation Science*, 10(1), f653. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0271-8>

- Wilbacher, I. (2016). *Strukturierte telefonische Unterstützung (structured telephone support, STS) als Telemonitoring Intervention. Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz* (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.). Zugriff am 14.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714972&version=1473252070>
- Wilkening, S. (2006). *Krankheitsbezogenes Interesse und Schulungsbedürfnis bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz*. Dissertation. Universität Würzburg, Würzburg. Zugriff am 19.10.2018. Verfügbar unter: https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/1724/file/Dissertation_Sandra_Wilkening.PDF
- Yusif, S., Soar, J. & Hafeez-Baig, A. (2016). Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 94, 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004>

7.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der Expertinnen bzw. Experten	203
Tabelle 2: Übersicht der rekrutierten und teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten	210
Tabelle 3: Kategorien von Patientinnen bzw. Patienten auf Basis der Daten	217
Tabelle 4: Zusammenfassung der Barrieren und Motivatoren aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten und der Patientinnen bzw. Patienten	220

ANHANG A: LEITFADEN EXPERTINNEN- BZW. EXPERTENINTER-VIEWS

Einleitung:

- Danke für Ihre Teilnahme!
- Geplante Dauer 30 Minuten, gerne aber auch etwas länger, falls Sie Zeit haben.

Einstieg, persönlicher Bezug zu Telemonitoring bei CHI

Welchen Bezug haben Sie zu Telemonitoring?

Wie würden Sie Telemonitoring definieren?

Welche Vorteile und Herausforderungen sehen Sie für Telemonitoring speziell in Ihrem Kontext?

Gibt es noch etwas, das wir über Ihren persönlichen Bezug zu Telemonitoring wissen sollten?

Einschätzung der Patientinnen- bzw. Patientensicht

Wie würden Sie Patientinnen bzw. Patienten in Ihrem Kontext Telemonitoring erklären?

Wie würden Sie Patientinnen bzw. Patienten von Telemonitoring überzeugen?

Welche Vorteile würden Ihre Patientinnen bzw. Patienten beim Telemonitoring sehen/sehen Ihre Patientinnen bzw. Patienten beim Telemonitoring?

Gibt es aus Ihrer Sicht unterschiedliche Bedürfnisse von Seiten der Patientinnen bzw. Patienten, die beim Telemonitoring berücksichtigt werden sollten?

Welche Barrieren sehen Sie aktuell für die Nutzung von Telemonitoring durch Patientinnen bzw. Patienten, auch in Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen Patientinnen bzw. Patienten?

Welche Gründe könnte es aus Ihrer Sicht geben, dass Patientinnen bzw. Patienten nicht am Telemonitoring teilnehmen wollen oder können?

Was wären mögliche Gründe dafür, dass eine Patientin bzw. ein Patient die Behandlung mittels Telemonitoring vorzeitig abbrechen würde?

Wie würden Sie vorgehen/gehen Sie vor, wenn Patientinnen bzw. Patienten nicht oder nicht mehr am Telemonitoring teilnehmen wollen?

Welche Faktoren halten Sie für ausschlaggebend, um Patientinnen bzw. Patienten nachhaltig (d.h. ggf. auch über einen längeren Zeitraum) zur Nutzung von Telemonitoring zu motivieren und wie würden Sie dabei konkret vorgehen?

Was passiert nach den sechs Monaten, wenn die Telemonitoring-Nutzung schon zur Gewohnheit geworden ist?

Welche Rolle spielen Personen im engeren Umfeld der Patientinnen bzw. Patienten (z.B. Freunde oder Angehörige) bei der Behandlung?

Immer wieder ist bei Telemonitoring von ‚Empowerment‘ der Patientinnen bzw. Patienten die Rede. Wodurch würde sich dieses Empowerment im Idealfall auszeichnen? Welche Voraussetzungen braucht es dafür, welche Hindernisse könnte es geben?

Gibt es noch etwas, das wir zu Ihrer Einschätzung der Patientinnen bzw. Patientensicht wissen sollten?

Beziehung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und medizinischem Fachpersonal

Wie würde sich aus Ihrer Sicht durch Anwendung von Telemonitoring die Beziehung zwischen medizinischem Fachpersonal und Patientinnen bzw. Patienten verändern?

Welche Maßnahmen und Faktoren erachten Sie als wichtig, um den Patientinnen bzw. Patienten gegenüber im Rahmen der Behandlung nachhaltig Vertrauen zu vermitteln?

Gibt es noch etwas, das Sie uns in Hinblick auf die Ärztin bzw. Arzt-Patientinnen bzw. Patienten-Beziehung mitgeben möchten?

Abschluss

Gibt es noch etwas, das Sie uns gerne mitgeben möchten?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

ANHANG B: LEITFADEN FÜR PERSÖNLICHE INTERVIEWS MIT PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN

Thema Netzwerk & Betreuung:

Wer unterstützt Sie im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung? Wie werden Sie unterstützt?

Thema Selbstmanagement:

Haben Sie selbst irgendwelche Aufgaben in der Behandlung? Welche sind das und wie kommen Sie damit zurecht?

Thema Technologien:

Bilder auf Karten: Könnten Sie sich vorstellen, eines (oder mehrere) dieser Geräte zu Hause zu verwenden?

Welche Bilder sprechen Sie an (oder nicht) und was fällt Ihnen dazu ein? Wie stellen Sie sich diese Geräte bei Ihnen zu Hause vor? (Besprechung von Vor- und Nachteilen, Ort und Zeit der Verwendung, etc.)



ANHANG C: LEITFADEN TELEFONINTERVIEWS MIT PATIENTINNEN BZW. PATIENTEN

Thema Netzwerk & Betreuung:

Wie ist aktuell Ihre Situation in Bezug auf die Herzinsuffizienz (HI)? (Anm.: Da es sehr viele unterschiedliche Situationen/Stadien gibt)

Wie hat sich die Situation in Bezug auf die HI in den letzten Wochen für Sie verändert?

Wer unterstützt Sie im Zusammenhang mit der HI? Wie werden Sie unterstützt?

Hat sich die Unterstützung, die Sie erhalten, in den letzten Wochen verändert?

Welche Unterstützungen empfinden Sie derzeit als besonders nützlich?

Welche Unterstützung würden Sie sich noch zusätzlich wünschen? Wie könnte diese Ihr Leben noch erleichtern?

Thema Selbst-Management:

Haben Sie selbst irgendwelche Aufgaben in Bezug auf die HI? Wenn ja, welche?

Wie kommen Sie damit zurecht? (Gibt es gefühlte Einschränkungen/Routinen/Unterstützung z.B. durch andere Personen, etc.?)

Was funktioniert weniger gut? Was macht es Ihnen im Alltag schwierig, Ihren Teil zur Behandlung beizutragen?

Angenommen, es gäbe eine fiktive Person, die Sie bei Ihren Aufgaben unterstützt: Was sollte diese Person idealerweise tun, sodass die Situation für Sie noch besser wäre? (Was sollte diese Person auf gar keinen Fall tun?)

Thema Technologien:

Verwenden Sie derzeit irgendwelche technischen Geräte im Rahmen Ihrer Behandlung von HI?

Haben Sie diese in den letzten Tagen verwendet?

Wenn, können Sie kurz beschreiben, wie Sie dieses Gerät/diese Geräte das letztes Mal verwendet haben?

(Wenn nein,) warum ist es nicht verwendet worden?

Wie sind Sie in letzter Zeit mit dem Gerät zurechtgekommen?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Gerät? Ist es einfach zu bedienen oder könnte etwas daran verbessert werden?

Wie gefällt Ihnen das Gerät?

Gibt es noch etwas, das Sie uns gerne erzählen würden?

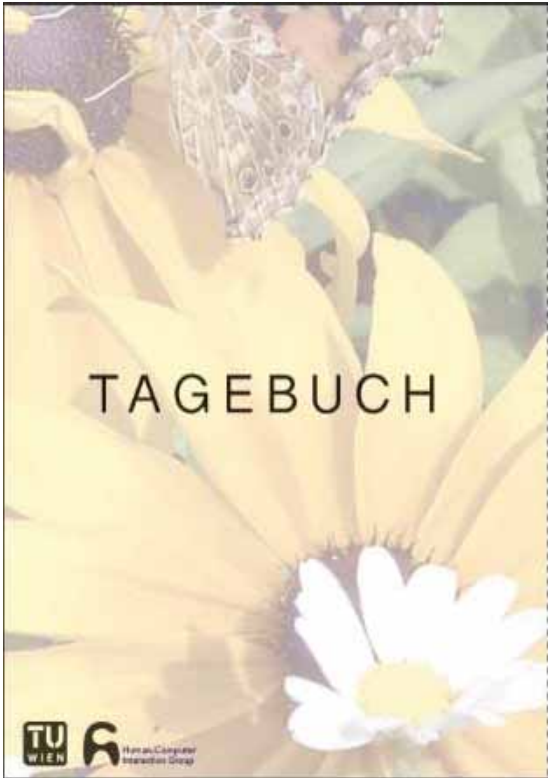
ANHANG D: MATERIAL FÜR DIE TAGEBUCHSTUDIE

Sammlung der Fragen

- Allgemeine Fragen
 - Wie geht es Ihnen heute?
 - Haben Sie heute etwas gelernt?
 - Beschäftigt Sie heute etwas? Wenn ja, was?
 - Was hat Sie in letzter Zeit besonders beschäftigt?
- Kontakt/Unterstützung(s-Netzwerk)
 - Mit welchen Menschen hatten Sie zuletzt Kontakt?
 - Mit wem hätten Sie gerne mehr Kontakt? Was hindert Sie derzeit daran?
 - Gibt es Menschen, die Sie im Alltag in Ihrer Behandlung unterstützen? Wenn ja, können Sie eine Situation beschreiben, in der Sie zuletzt unterstützt wurden? Was war Ihre Rolle dabei?
 - Welche Menschen unterstützen Sie derzeit im Alltag?
 - Wen unterstützen Sie derzeit im Alltag und wie?
 - Wen würden Sie in Ihrem Alltag gerne mehr unterstützen und wie könnten Sie das tun?
 - Gibt es Personen, die nicht bei Ihnen im Haushalt leben, die Sie derzeit im Rahmen Ihrer Behandlung unterstützen? Wenn ja, wie werden Sie derzeit von Personen unterstützt, die nicht bei Ihnen zu Hause wohnen? Wodurch fühlen Sie sich besonders unterstützt? Gibt es etwas, das Sie als störend empfinden? Was könnte sich für Sie verbessern?
 - Gibt es Personen, die bei Ihnen im Haushalt leben? Unterstützen Sie diese Personen im Alltag auf irgendeine Weise? Wenn ja, können Sie eine Situation näher beschreiben, in der Sie diese Personen unterstützt haben?
 - Hatten Sie in der letzten Woche Kontakt mit medizinischem Fachpersonal? Wenn ja, können Sie diesen Kontakt kurz beschreiben?
- Eigene Rolle in der Behandlung
 - Was hat sich in letzter Zeit in Ihrem Leben zum Positiven verändert? Was war dafür ausschlaggebend? Was haben Sie selbst dazu beigetragen?
 - Was hat sich in letzter Zeit in Ihrem Leben zum Negativen verändert? Was war dafür ausschlaggebend? Welche sind Ihre Strategien, um mit diesen Veränderungen umzugehen?
 - Haben Sie heute an Ihre Gesundheit gedacht oder gar praktisch damit zu tun gehabt? Wenn ja, können Sie die Gedanken, die Sie hatten, näher beschreiben? Können Sie die Situation näher beschreiben, in der Sie mit Ihrer Gesundheit zu tun hatten?
- Erfahrungen mit Technologien
 - Welche Rolle spielen technische Geräte in Ihrem Leben? An welche technischen Geräte denken Sie?
 - Haben Sie in letzter Zeit eine positive (oder neutrale) Erfahrung mit einem technischen Gerät gemacht? Wenn ja, können Sie diese näher beschreiben?
 - Haben Sie in letzter Zeit eine negative (oder neutrale) Erfahrung mit einem technischen Gerät gemacht? Wenn ja, können Sie diese näher beschreiben?
 - Haben technische Geräte Einfluss auf Ihr Leben? Haben technische Geräte Einfluss auf Ihre Gesundheit? Wenn ja, welche?
 - Haben technische Geräte Einfluss auf Ihr Leben? Haben technische Geräte Einfluss auf Ihre Behandlung? Wenn ja, welche?

- Fällt Ihnen eine praktische Herausforderung mit einem technischen Gerät ein, mit der Sie zuletzt konfrontiert waren? Können Sie diese näher beschreiben? (Wann und wo war das? Wer war noch dabei? Wie haben Sie reagiert? Konnten Sie oder eine andere Person die Situation meistern? Wenn ja, wie?)
- (Bezug zur eigenen) Gesundheit
 - Haben Sie in letzter Zeit mit jemandem über Ihre Gesundheit gesprochen? Wenn ja, worüber haben Sie gesprochen? Wie war dieses Gespräch für Sie?
 - Haben Sie heute etwas über sich selbst gelernt?
 - Haben Sie heute mit jemandem über Ihre Gesundheit gesprochen? Was haben Sie der Person erzählt?
 - Was würden Sie einer Person empfehlen, die heute Ihre Diagnose erhalten würde?

Auszug aus dem Tagebuch



Liebe Teilnehmer,

zuerst möchten wir uns bedanken, dass Sie an dieser Studie teilnehmen. Sie sind ein wertvoller Teil unserer Forschungsarbeit und ohne Sie wäre es nicht möglich Fortschritte zu machen.

Die Technische Universität Wien arbeitet derzeit gemeinsam mit Ärzten und Patienten im Bereich Chronische Herzinsuffizienz. Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, wie Patienten die Behandlung aktuell empfinden, und wie technische Geräte die Behandlung für Patienten verbessern könnten. Dabei wollen wir auch von Ihren Erfahrungen in Ihrer aktuellen Behandlung lernen und wie bzw. ob Sie andere technische Geräte nutzen. Insbesondere in dieser besonderen Zeit, die für uns alle das Leben tiefgreifend verändert.

Hierfür haben wir uns eine Reihe von Fragen überlegt, von denen wir uns wünschen, dass Sie jeden Tag ein paar davon beantworten. Allerdings, und dies ist uns wichtig, bitte tun Sie dies nur freiwillig. Wir freuen uns, wenn Sie teilnehmen, haben aber auch Verständnis dafür, wenn Sie nicht mehr wollen oder können.

Teil V

Qualitäts- und Risikomanagement (inkl. Indikatorenregister)



Buchberger, Wolfgang

Stummer, Harald

Stojkov, Igor

Conrads-Frank, Annette

UNIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, 2020

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACCF/AHA	American College of Cardiology Foundation/American Heart Association
ACCP	American College of Chest Physicians
ACE	Angiotensin-Converting-Enzym
AHA/HFSA	American Heart Association/Heart Failure Society of America
AHRQ	Agency for Health Care Research and Quality
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
ARB	Angiotensin-II-Rezeptorblocker
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BNP	B-Typ (Brain Type) natriuretische Peptide
BQS	Bundesstelle Qualitätssicherung (Deutschland)
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CCS	Canadian Cardiovascular Society
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
CMA	Canadian Medical Association
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CSNZ	Cardiac Society of Australia and New Zealand
DMP	Disease-Management-Programm
eGFR	Geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (estimated glomerular filtration rate)
EKG	Elektrokardiographie
ESC	European Society of Cardiology Heart Failure Society of America (HFSA) 2010
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss der deutschen gesetzlichen Krankenkassen
GDL	Gesundheitsdienstleisterinnen bzw. Gesundheitsdienstleister
GoR	Grade of Recommendation
HFmrEF	Heart Failure with Moderately Reduced Ejection Fraction
HFpEF	Heart Failure with Preserved Ejection Fraction
HFrfEF	Heart Failure with Reduced Ejection Fraction
HI	Herzinsuffizienz
HMO	Health Maintenance Organization
ICSI	Institute of Clinical Systems Integration
IOM	Institute of Medicine
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KHK	Koronare Herzkrankheit
LoE	Level of Evidence

LVEF	Linksventrikuläre Ejektionsfraktion
MQIC	Michigan Quality Improvement Consortium
NGC	National Guideline Clearinghouse
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NT-proBNP	N-terminales pro-BNP
NYHA	New York Heart Association
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organization for Economic Co-Operation and Development
ÖKG	Österreichische Kardiologische Gesellschaft
PPO	Preferred Provider Organization
QUINTH	Qualitätsindikatoren-Thesaurus
QULIFY	Instrument for the Assessment of Quality Indicators
RRsyst	Systolischer Blutdruck
WHO	World Health Organization

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	237
1. HINTERGRUND	241
1.1. Chronische Herzinsuffizienz (CHI)	241
1.2. Disease-Management	242
1.3. Qualität	244
1.4. Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement	245
1.5. Risikomanagement	246
1.6. Anforderungen an das Qualitätsmanagement von Disease-Management-Programmen	247
2. ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG	248
2.1. Auftragsklärung	249
2.2. Zielsetzung des Teilkonzepts	249
2.3. Berichtsstruktur	250
3. METHODISCHES VORGEHEN BEI DER KONZEPTERSTELLUNG	250
3.1. Auswahl der Qualitätsaspekte	250
3.2. Suche nach Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren	252
3.3. Auswahl der Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren	255
4. RAHMENKONZEPT UND QUALITÄTSMODELL	260
4.1. Das Rahmenkonzept	260
4.2. Das Qualitätsmodell	262
5. QUALITÄTSZIELE UND QUALITÄTSINDIKATOREN	265
5.1. Beschreibung der Qualitätsindikatoren	267
6. QUALITÄTSORGANISATION	293
6.1. Abdeckung der indikatorrelevanten Leistungen	293
6.2. Datenmanagement und Informationssysteme	294
6.3. Strukturqualität	296
6.4. Strukturen und Prozesse im Qualitätsmanagement	297

6.5. Gesetzliche und vertragliche Grundlagen für Disease-Management-Programme in Österreich	299
7. EMPFEHLUNGEN AN DIE AUFTRAGGEBERINNEN BZW. AUFTRAGGEBER	300
8. VERZEICHNISSE	303
8.1. Literaturverzeichnis	303
8.2. Abbildungsverzeichnis	311
8.3. Tabellenverzeichnis	311
ANHANG A: IM SYSTEMATISCHEN REVIEW EIN- UND AUSGESCHLOSSENE PUBLIKATIONEN	312
ANHANG B: INDIKATORENREGISTER	318

1. HINTERGRUND

1.1. Chronische Herzinsuffizienz (CHI)

Herzinsuffizienz (HI) ist ein klinisches Syndrom, das durch das Unvermögen des Herzens zur ausreichenden Leistung seiner Pumpfunktion aufgrund struktureller oder funktioneller Veränderungen verursacht wird. Als chronisch wird die Erkrankung bezeichnet, wenn sie seit mindestens drei Monaten besteht. Die Ursachen einer CHI sind vielfältig. In den entwickelten Industriestaaten sind koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie sowie deren Kombinationen die weitaus häufigsten Ursachen und insgesamt für rund 70 bis 90% aller Fälle einer CHI verantwortlich. Die übrigen Fälle werden durch eine Vielzahl seltenerer Erkrankungen wie nicht-ischämische Kardiomyopathien, Herzklappenerkrankungen, Arrhythmien, Perikarderkrankungen, Alkoholmissbrauch oder Medikamente verursacht (BÄK, KBV & AWMF, 2019; Ponikowski et al., 2016).

Auf Basis der klinischen Symptome werden nach der New York Heart Association (NYHA) vier Schweregrade unterschieden:

- NYHA I: Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
- NYHA II: Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung (z.B. Bergaufgehen oder Treppensteigen) verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
- NYHA III: Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung (z.B. Gehen in der Ebene) verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
- NYHA IV: Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe, Bettlägerigkeit.

Nach funktionellen Kriterien werden drei Schweregrade unterschieden:

- Herzinsuffizienz mit erhaltener linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF), HFpEF (Heart Failure with Preserved Ejection Fraction, LVEF $\geq$ 50%),
- Herzinsuffizienz mit mäßiggradig reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF), HFmrEF (Heart Failure with Moderately Reduced Ejection Fraction, LVEF 40-49%),
- Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF), HFrEF (Heart Failure with Reduced Ejection Fraction, LVEF $<$ 40%).

Epidemiologische Daten zeigen, dass in den meisten Industriestaaten 1 bis 2% der erwachsenen Bevölkerung von CHI betroffen sind, wobei die Prävalenz kontinuierlich ansteigt (Mörthl et al., 2017). Trotz erheblicher Fortschritte in der medizinischen Therapie ist die Prognose der CHI mit einer Fünfjahres-Mortalität von 40 bis 50% nach wie vor schlecht (Stewart, MacIntyre, Hole, Capewell & McMurray, 2001).

CHI führt zu häufigen Krankenhausaufenthalten und daraus resultierend zu hohen Behandlungskosten, die auf 2 bis 4% der Gesamtkosten für das Gesundheitssystem geschätzt werden. Die Herzinsuffizienz ist dabei die häufigste Entlassungsdiagnose bei Patientinnen bzw. Patienten über 65 Jahren und führt in Österreich zu fast 27.000 stationären Behandlungen pro Jahr (Statistik Austria. Spitalsentlassungen 2015 nach ausgewählten Diagnosen 2016). Die Rehospitalisierungsrate nach stationärer Behandlung ist hoch und beträgt bis zu 50% innerhalb von sechs Monaten (Gheorghiade, Vaduganathan, Fonarow & Bonow, 2013). Zudem werden bis zu zwei Drittel der stationären Wiederaufnahmen durch potentiell vermeidbare Faktoren wie ungenügende Entlassungsplanung, fehlende Medikationsadhärenz, unzureichende Verlaufskontrollen, fehlende soziale Unterstützung und fehlende Kontinuität der Betreuung verursacht.

Um diese offensichtlichen Defizite zu überwinden, werden zunehmend strukturierte multidisziplinäre Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) eingeführt. In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass DMP insbesondere nach stationärer Behandlung zu einer signifikanten Reduktion von Mortalität und Rehospitalisierungsrate führen. Auf Grundlage dieser Evidenz empfiehlt die European Society of Cardiology (ESC) die Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz in multidisziplinären Disease-Management-Programmen (Ponikowski et al., 2016).

1.2. Disease-Management

Disease-Management ist ein systematischer, sektorenübergreifender und populationsbezogener Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen und evidenzbasierten Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. Der Prozess schließt dabei die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses auf allen Ebenen mit ein (Lauterbach, 2001).

Die generellen Zielsetzungen von DMP umfassen:

- Flächendeckende Verbesserung der Versorgungsqualität durch Umsetzung evidenzbasierter Therapiestandards in der Regelversorgung,
- Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie damit einhergehend Kostenstabilisierung der Versorgung,
- Förderung eines patientinnen- bzw. patientenzentrierten Ansatzes mit regelmäßiger Evaluierung der Patientinnen- bzw. Patientenzufriedenheit.

DMP wurden zunächst Ende der 80er Jahre in den USA als zentrales Element von ‚Managed Care‘-Konzepten im Rahmen von Health Maintenance Organizations (HMOs) oder Preferred Provider Organizations (PPOs) entwickelt, um Behandlungsergebnisse durch standardisierte Prozesse zu verbessern und eine effektive Kostenkontrolle zu ermöglichen (Pilnick, Dingwall & Starkey, 2001). Angepasst an die Voraussetzungen der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme wurden adaptierte Disease-Management-Konzepte in zahlreichen europäischen Ländern eingeführt (WHO, 2014).

Die Umsetzung eines Disease-Managements sollte patientinnen- bzw. patientenzentriert, Outcome-fokussiert, evidenzbasiert, flexibel und pragmatisch (Berücksichtigung von Unterschieden in den individuellen Voraussetzungen der Patientinnen bzw. Patienten

und in der Versorgungspraxis), dynamisch (Anpassung an neue Evidenz und Erfordernisse), realistisch (Berücksichtigung der Voraussetzungen des jeweiligen Gesundheitssystems) und effizient (Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses) sein (Hunter & Fairfield, 1997).

Basierend auf diesen Anforderungen sind die wesentlichen Komponenten eines Disease-Management-Programms die folgenden:

- Evidenzbasierte Leitlinien zur Spezifizierung der zu erbringenden Leistungen. Diese sollten die Art der Leistungserbringerin bzw. des Leistungserbringers (Primärversorgung, ambulante Fachversorgung, akutstationäre und tagesklinische Versorgung) bzw. die Versorgungsebene (Primär-, Sekundär-, Tertiärversorgung) umfassen,
- Sektorenübergreifende Behandlungs- und Betreuungspfade für definierte Risikogruppen und Behandlungsziele,
- Datenbasis zur Erfassung der erkrankungs- und behandlungsrelevanten Daten,
- Strukturen und Prozesse für das Empowerment (Beratung, Schulung) sowie die Erhöhung der Partizipation und der Gesundheitskompetenz der Patientinnen bzw. Patienten,
- An den Erfordernissen der interdisziplinären sektorenübergreifenden Behandlung und Betreuung ausgerichtete Organisationsstrukturen und Prozesse,
- Ein Qualitätsmanagement-Konzept, das einen Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung unterstützt. Dies umfasst die Pflege der Datenbasis, der Leitlinien und Qualitätsindikatoren sowie die kontinuierliche Evaluation der beteiligten Versorgungseinrichtungen und -prozesse.

In Deutschland legt eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL, in der gültigen Fassung vom 6. August 2020) allgemeine und krankheitsspezifische Anforderungen an Disease-Management-Programme fest (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Diese umfasst definierte Anforderungen an die Einschreibung von Versicherten in das Programm, an die Schulung der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer und Versicherten, an die Dokumentation einschließlich der für die Durchführung der Programme erforderlichen personenbezogenen Daten, die Qualitätssicherung, die Programmevaluierung, die Qualitätsberichterstattung und an eine patientinnen- bzw. patientenzentrierte Vorgehensweise. Spezifische Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme werden für Diabetes Typ 1 und Typ2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), CHI, chronischen Rückenschmerz, Osteoporose und Depression angegeben. Ebenso berücksichtigt werden spezifische Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren und Anforderungen an die Dokumentation.

In Österreich wurden mit der Gesundheitsreform 2005 die Voraussetzungen für die Umsetzung von integrierter Versorgung und damit für die Implementierung von Disease-Management-Programmen geschaffen. In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (Art. 14 Abs. 1 Z 4) ist die Sicherstellung der integrierten Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen als Schwerpunkt festgelegt. Im laufenden Zielsteuerungsvertrag für die Gesundheitsreform ist die Verbesserung dieser integrierten Versorgung als operatives Ziel ebenfalls enthalten (BMSGPK, o.D.). In weiterer Folge wurden mehrere regionale Disease-Management-Programme implementiert, die zumeist als Reform-

poolprojekte begannen und inzwischen zum Teil in die Regelversorgung übernommen wurden. Für die strukturierte Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI bestehen mehrere regionale Programme, die sich vorwiegend auf die Transitionsphase nach Entlassung aus stationärer Behandlung konzentrieren (Poelzl et al., 2020). Ein österreichweites Modell für ein strukturiertes multidisziplinäres und multiprofessionelles Behandlungskonzept für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI existiert jedoch nicht.

1.3. Qualität

Der Begriff ‚Qualität‘ (lat. ‚qualitas‘) bezieht sich allgemein auf die Beschaffenheit eines Produktes oder einer Dienstleistung. Qualität ist somit kein absoluter Begriff, sondern beschreibt lediglich *„den Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale definierte Anforderungen erfüllt“* (DIN EN ISO 9000:2015). In Bezug auf das Gesundheitswesen kann Qualität als *„Grad, zu dem Einrichtungen des Gesundheitswesens [...] die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und in Einklang mit dem aktuellen Stand professionellen Wissens stehen“* definiert werden (Institute of Medicine 1990) (Field & Lohr, 1990).

Im Sinne eines umfassenden Qualitätsverständnisses in der Gesundheitsversorgung beschrieb R. J. Maxwell sechs Qualitätsdimensionen, die auch Grundlage der Qualitätskriterien der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) sind (Maxwell, 1984; Maxwell, 1992).

Bei den Qualitätsdimensionen nach Maxwell handelt es sich um:

- Zugänglichkeit (Access to Services): Entfernung, Wartezeit auf Behandlung, soziale Barrieren,
- Relation zu den Bedürfnissen (Relevance to Need): Relevanz und Angemessenheit der Leistung sowie des gesamten Leistungsangebots,
- Effektivität (Effectiveness): Outcome der Leistung (Wirksamkeit, Evidenzgrad),
- Gleichheit (Equity, Fairness): Gleiche Leistungen für gleiche Bedürfnisse, keine diskriminierenden Aspekte,
- Soziale Akzeptanz (Social Acceptability): Bedingungen, unter denen die Leistung angeboten wird (Berücksichtigung von Patientinnen- bzw. Patienteninteressen und -bedürfnissen, Vertraulichkeit, Privatsphäre),
- Effizienz (Efficiency and Economy): Effizienter Umgang mit Ressourcen, günstige Kosten-Nutzen-Relation.

Gegenüber dieser mehrschichtigen Betrachtungsweise wird im Gesundheitswesen auch häufig eine sequentielle Betrachtung des Leistungserstellungsprozesses verwendet, die bereits 1966 von A. Donabedian beschrieben wurde (Donabedian, 1966; Donabedian, 1988). Diese unterscheidet drei Qualitätsdimensionen:

- Strukturqualität: Strukturelle Voraussetzungen (Produktionsfaktoren, Inputvariable). Diese umfassen personenbezogene Voraussetzungen (z.B. Art, Anzahl und Qualifikation des Personals), materielle Voraussetzungen (baulich, räumlich, apparativ) und organisatorische Voraussetzungen (Aufbauorganisation, finanzielle Rahmenbedingungen),

- Prozessqualität: Prozesse beschreiben die Aktivitäten, die in einer Ablaufkette entstehen (z.B. Aufnahme, Diagnose, Therapie, Entlassung). Die Qualität dieser Prozesse wird durch die Organisation und Gestaltung des Prozessgeschehens (Ablauforganisation) bestimmt,
- Ergebnisqualität (Outcome): Resultate, die bei der Verarbeitung bzw. Transformierung von Produktionsfaktoren entstehen. Im medizinischen Sinn Versorgungsend- oder Zielpunkte (objektive Veränderungen, z.B. Verbesserung des Gesundheitszustandes oder subjektive Kriterien, z.B. Patientinnen- bzw. Patientenzufriedenheit).

1.4. Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement wird definiert als „*aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität*“ (DIN EN ISO 9000). Das Ziel von Qualitätsmanagement ist die kontinuierliche und systematische Gewährleistung der anforderungsgerechten Erledigung von definierten Aufgaben durch Bereitstellung des dafür notwendigen Werte- und systematischen Handlungsrahmens (Hensen, 2019). Aus organisationstheoretischer Sicht hat die Qualitätssicherung die Qualität des Produkts oder der Dienstleistung zum Ziel, während Qualitätsmanagement sich auf die Qualität der gesamten Organisation bezieht. In diesem Sinne umfasst der Begriff ‚Qualitätsmanagement‘ alle Aspekte der Führung und Steuerung einer Organisation. Auf normativer Ebene betrifft dies die Ausbildung einer qualitätsorientierten Wertebasis („Qualitätskultur“), auf strategischer Ebene die Entwicklung von strategischen (übergeordneten) Qualitätszielen und Umsetzungsstrategien. Die wesentlichen Komponenten eines Qualitätsmanagement-Systems auf der operativen Ebene sind folgende:

- Qualitätsplanung: Festlegung von konkret formulierten (SMART: spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch, terminiert) operativen Zielen und Maßnahmen zur Zielerreichung,
- Qualitätsorganisation: Festlegung und Implementierung der Strukturen und Prozesse für das Qualitätsmanagement,
- Qualitätsmessung und -bewertung: Qualitätskontrolle mit Soll-Ist-Vergleich, Analyse von Abweichungen und Festlegung von Korrekturmaßnahmen.

Qualitätssicherung ist als Komponente des Qualitätsmanagements „*der Teil des Qualitätsmanagements, der darauf zielt, Vertrauen darauf zu schaffen, dass Anforderungen an die Qualität erfüllt werden*“ (DIN EN ISO 9000). In einem umfassenden Verständnis wird Qualitätssicherung heute nicht mehr nur als reine Qualitätsprüfung verstanden, sondern als Gesamtheit aller prospektiv festgelegten Maßnahmen, die sicherstellen sollen, dass das erzeugte Produkt oder die geplante Dienstleistung den geforderten Qualitätskriterien entspricht. Es handelt sich somit um einen Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen.

Während das klassische Konzept der Qualitätssicherung einen eher statischen Ansatz verfolgt, zählt die kontinuierliche Verbesserung der Qualität (Qualitätsentwicklung) zu den Grundprinzipien des modernen Qualitätsmanagements. Der von W. E. Deming entwickelte Qualitätsmanagement-Kreislauf („Plan-Do-Check-Act-Cycle“, PDCA-Zyklus) beschreibt die Grundfunktionen des qualitätsbezogenen Managements und besteht aus vier Phasen:

- Planungsphase (Plan): Analyse der Ist-Situation auf Basis spezifischer Daten; Planung einer Verbesserung; Festlegung von Prüfpunkten,
- Ausführungsphase (Do): Ausführen des Verbesserungsplans, Strukturierung des Vorgehens und Umsetzung in den relevanten Bereichen,
- Prüfphase (Check): Sammlung von Daten für die Überprüfung der implementierten Verbesserung, Messung und Analyse der Zielerreichung anhand von Prüfpunkten,
- Aktions- und Verbesserungsphase (Act): Soll-Ist-Abgleich durchführen, Bewertung und Einführen von Verbesserungen. Neuerlicher Start des Zyklus.

Als Ergebnis eines wiederholten Durchlaufens des Qualitätsmanagement-Zyklus erhöht sich idealtypischer Weise das Qualitätsniveau, da jeder neue Zyklus auf einem höheren Niveau als der vorherige ansetzt. Dieses Modell der zyklischen Qualitätsarbeit wird daher auch als ‚Qualitätsspirale‘ bezeichnet (Deming, 1982).

1.5. Risikomanagement

Unter den Begriff ‚Risikomanagement‘ wird allgemein die systematische Erfassung und Bewertung von Risiken sowie die Steuerung von Prozessen und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit festgestellten Risiken verstanden. Der Risikomanagement-Prozess umfasst alle Tätigkeiten, die darauf ausgerichtet sind, eine Organisation bezüglich Risiken ihrer zu steuern und zu überwachen. Er setzt sich aus dem Kernprozess (Zusammenhang erstellen, Risiken identifizieren, Risiken analysieren, Risiken bewerten und Risiken bewältigen) und den begleitenden Prozessen (Risiken überwachen, Risiken überprüfen sowie Risiken kommunizieren und Informationen austauschen) zusammen (ONR 49000:2014/ISO 31000). Die Risiken können dabei sowohl den Kernbereich der Tätigkeit einer Organisation als auch wesentliche Einflussfaktoren wie Finanzen, Infrastruktur und Ressourcen betreffen.

Klinisches Risikomanagement umfasst die Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeitenden aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patientinnen- bzw. Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patientinnen bzw. Patienten, an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation zu erhöhen (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016).

Im Wesentlichen verfolgen Prozesse des Qualitäts- und Risikomanagements somit das gleiche Ziel, nämlich die systematische Vermeidung von Abweichungen von definierten Qualitätsstandards, im Fall des Risikomanagements mit einem besonderen Fokus auf die Gewährleistung der Patientinnen- bzw. Patientensicherheit. Auf Ebene einzelner Organisation im Gesundheitsbereich (klinisches Risikomanagement im engeren Sinn) steht dafür eine große Anzahl von proaktiven (z.B. Peer-Review-Verfahren, Audits, verschiedene Methoden zur Risikoanalyse) und reaktiven Methoden (z.B. Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, verschiedene Methoden zur Fehleranalyse, Fehlermeldesysteme) für die systematische Detektion und Prävention von behandlungsbedingten Risiken zur Verfügung.

Auf der Ebene des Versorgungssystems – wie bei einem Disease-Management-Programm – wird dies am besten durch die systematische Berücksichtigung von Anforderungen an sichere Behandlungsprozesse bei der Ableitung, Beschreibung und Überwachung von programmspezifischen Qualitätszielen erreicht. Dies umfasst auch die systematische Vermeidung von Anreizen zur Fehlsteuerung durch einander widersprechende oder hinsichtlich

ihrer Konsequenzen nicht ausreichend durchdachte Qualitätsziele. Im Rahmen der Erstellung des Teilkonzepts „Qualitäts- und Risikomanagement“ wurde daher auf diese Aspekte sowohl bei der Erarbeitung des Qualitätsmodells als auch bei der Auswahl der Qualitätsindikatoren besonders Rücksicht genommen. Risikoprävention auf der Systemebene ist dahingegen nicht Gegenstand dieses Konzepts.

1.6. Anforderungen an das Qualitätsmanagement von Disease-Management-Programmen

Das deutsche Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) publizierte im Jahr 2008 Kriterien für das Qualitätsmanagement von Disease-Management-Programmen (Gramsch, Hoppe, Jonitz, Köhler & Ollenschläger, 2008). Neben der Überwindung der sektoralen Versorgungsgrenzen, der Bereitstellung einer einheitlichen Wissensbasis auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien, der Förderung der Kooperation aller beteiligten Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer und der aktiven Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung wird die strukturierte Rückmeldung der Behandlungsqualität (Prozess- und Outcome-Evaluation) einer Einrichtung im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer als zentrales Element des Qualitätsmanagements beschrieben. Als besonders wichtig wird daher die Entwicklung und Dokumentation von Qualitätskennzahlen angesehen.

Als wesentliche Qualitätskriterien aller Disease-Management-Programme, die auch im Qualitätsmanagement zu adressieren sind, werden folgende Themen angegeben:

- Anwendung anerkannter Therapie- und Diagnosestandards durch teilnehmende Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer,
- Qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie,
- Hinreichend begründete Diagnosestellung zur Einschreibung von Patientinnen bzw. Patienten in ein DMP der Krankenkasse,
- Einhaltung von Kooperationsregeln der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer,
- Angemessene Qualität der Dokumentation,
- Aktive Mitwirkung der Patientinnen bzw. Patienten im Programm durch Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz (Empowerment).

Die im August 2020 verabschiedete DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL für die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen) legt folgende Anforderungen an das Qualitätsmanagement in deutschen Disease-Management-Programmen („strukturierte Behandlungsprogramme“) fest (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020):

- Vertragliche Vereinbarung von sektorenübergreifenden Zielen und Maßnahmen für die Qualitätssicherung,
- Festlegung von Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren, die mindestens jene in den indikationsspezifischen Anlagen der Richtlinie umfassen,
- Jährliche Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren,

- Festlegung von einheitlichen Anforderungen an die Qualifikation der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer, des medizinischen Personals und an die technische, apparative und ggf. räumliche Ausstattung sowie an die organisatorischen Voraussetzungen,
- Festlegung von Maßnahmen für Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen für Versicherte und Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer für ein strukturiertes Feedback der Qualitätsdaten an diese und zur Förderung einer aktiven Teilnahme der Versicherten.

Daneben sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie Anforderungen an die Einschreibung von Versicherten in ein Programm, an die Schulung der beteiligten Berufsgruppen und der Versicherten sowie an die Qualitätsberichterstattung enthalten. Für jedes indikationsspezifische strukturierte Behandlungsprogramm werden außerdem spezifische Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren für das Qualitätsmanagement sowie Dokumentationsparameter für die Qualitätssicherung und die Programmevaluation angegeben.

2. ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) der österreichischen Sozialversicherungen wurde von der Trägerkonferenz mit der Erstellung eines Rahmenkonzepts für ein österreichweit einheitliches, modular aufgebautes Disease-Management für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI beauftragt. Das Rahmenkonzept soll dabei grundsätzliche Anforderungen (Standards) für ein Disease-Management-Programm enthalten, innerhalb derer eine an den regionalen Strukturen, Ressourcen und Erfordernissen ausgerichtete Ausgestaltung möglich ist.

Auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) und des Positionspapiers der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) wurde von Expertinnen bzw. Experten ein medizinisches Rahmenkonzept erstellt, das neben der Definition der Zielgruppe(n) des Programms diagnostische Algorithmen, Behandlungsstandards für die Therapie der CHI und Betreuungspfade auf der Grundlage von unterschiedlichen Behandlungszielen enthält (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).

Die einzelnen weiteren in Teilprojekten zu erarbeitenden Komponenten des Rahmenkonzepts umfassen folgende Aspekte:

- Empowerment der Patientinnen bzw. Patienten,
- Fortbildung der beteiligten Gesundheitsberufe,
- Telemonitoring,
- Datenmanagement,
- Erarbeitung eines Organisationsmodells,
- Erstellung eines Kommunikation- und Marketingkonzepts,
- Empfehlungen für ein Vergütungsmodell,
- Programmevaluierung,
- Qualitäts- und Risikomanagement.

2.1. Auftragsklärung

Die Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) wurde vom CCIV der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) im November 2019 mit der Erarbeitung des Teilkonzepts „Qualitäts- und Risikomanagement“ im Rahmen des Gesamtkonzepts für ein österreichweites Disease-Management-Programm für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI beauftragt. Das Konzept wurde vom Institut für Qualität und Effizienz in der Medizin und vom Institut für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen erstellt.

Das Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“ sollte sich in das Gesamtkonzept einfügen und die Ergebnisse aus anderen Teilkonzepten berücksichtigen. Inhaltlich ergaben sich dabei Überschneidungen mit dem Teilkonzept „Evaluation“ und mit dem Teilkonzept „Organisations- und Datenmanagement“. Soweit diese zum Zeitpunkt der Berichtserstellung vorlagen, wurden deren Ergebnisse im Projekt berücksichtigt. Das seit Dezember 2019 vorliegende medizinische Rahmenkonzept stellte eine wesentliche Grundlage für die Formulierung von Qualitätszielen dar.

Folgende Aspekte sollten bei der Erstellung des Teilkonzepts berücksichtigt werden:

- Kontinuierliches Monitoring der Effekte des Disease-Managements bei Patientinnen bzw. Patienten mit CHI, möglichst zielgruppenspezifisch,
- Systematisches Aufdecken von Verbesserungspotentialen auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität, die im Sinne eines KVP automatisch der Umsetzung zugeführt werden,
- Ausrichtung an den aktuellen gesetzlichen Gegebenheiten und bestehenden Strukturen des österreichischen Gesundheitswesens,
- Thematisierung der zu erwartenden Herausforderungen und Risiken im Zusammenhang mit der österreichweiten Implementierung.

2.2. Zielsetzung des Teilkonzepts

Das Konzept für das Qualitäts- und Risikomanagement soll auftragsgemäß darstellen, welche Möglichkeiten und Modelle, Instrumente bzw. Maßnahmen für die Anwendung im Rahmen eines nationalen Disease-Managements für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI geeignet sind, sowie in welcher Ausgestaltung diese sinnvoll und praxistauglich umzusetzen sind.

Folgende Komponenten des Qualitätsmanagements waren dabei zu entwickeln:

- Qualitätsplanung:
 - Erarbeitung eines Rahmenkonzepts für die systematische Bewertung und Auswahl von Qualitätsaspekten des Disease-Managements,
 - Beschreibung eines Qualitätsmodells für die Ableitung von Qualitätsmerkmalen, Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren aus den ausgewählten Qualitätsaspekten,
 - Evidenzbasierte Identifizierung, Beschreibung und Auswahl von programmspezifischen Qualitätszielen.

- Qualitätsmessung und -bewertung:
 - Ableitung und Auswahl von Qualitätsindikatoren auf der Grundlage der wissenschaftlichen Evidenz und bestehender Indikatorensets,
 - Erstellung eines Konzepts für die Datengenerierung und Auswertung.
- Qualitätsorganisation:
 - Beschreibung der Aufbau- und Ablauforganisation im Qualitätsmanagement (Strukturen, Prozesse, Verantwortlichkeiten),
 - Erstellung eines Konzepts für das Reporting sowie für die kontinuierliche Wartung des Indikatorensets (Festlegung von Zielwerten, Adaptierung oder Ausscheiden von Indikatoren, Auswahl von neuen Indikatoren).

Das Konzept für das Qualitäts- und Risikomanagement soll einen Gestaltungsrahmen darstellen, innerhalb dessen regionale Versorgungsvarianten möglich sind und in den bestehenden Disease-Management-Programme eingefügt werden können. Die Formulierung des Konzepts erfolgte daher so konkret wie nötig und so allgemeingültig wie möglich. Da sich die Ziele und Methoden von Qualitäts- und Risikomanagement auf der Metaebene von Versorgungssystemen stark überschneiden, wurden keine eigenen Anforderungen für das Risikomanagement formuliert, sondern diese vielmehr in jene des Qualitätsmanagements integriert.

2.3. Berichtsstruktur

In einer Einführung in die Thematik werden die Eckdaten des Gesamtprojekts, erkrankungsspezifische Basisfakten, allgemeine Grundlagen von Qualitäts- und Risikomanagement und Disease-Management sowie spezifische Anforderungen an das Qualitätsmanagement von strukturierten Behandlungsprogrammen zusammengefasst.

Im Methodenteil werden die theoretischen Grundlagen und die Methoden für die Erarbeitung des Qualitätsmanagement-Systems beschrieben. Bei der Konzepterstellung wurde besonders Wert darauf gelegt, die Auswahl der spezifischen Qualitätsziele systematisch und nachvollziehbar zu beschreiben.

Der Ergebnisteil enthält als wichtigstes Element eine ausführliche Zusammenstellung der in einem zweistufigen Delphi-Verfahren von Expertinnen bzw. Experten ausgewählten Qualitätsziele und der zugehörigen Indikatoren sowie deren Datenbasis. Auf Grundlage des Qualitätsmodells werden Empfehlungen für die organisatorische Umsetzung des Qualitätsmanagements ausgesprochen.

Im Anhang befindet sich das Indikatorenregister mit allen aus der systematischen Literatur-, Leitlinien- und Indikatorenrecherche abgeleiteten Qualitätsindikatoren.

3. METHODISCHES VORGEHEN BEI DER KONZEPTERSTELLUNG

3.1. Auswahl der Qualitätsaspekte

Bei Qualitätsaspekten handelt es sich um grundlegende Qualitätsthemen, die für die Qualität der Versorgung in einem bestimmten Indikationsbereich oder Versorgungssektor von Bedeutung sind. Diese sind allgemein formuliert und enthalten noch keine konkreten Anforderungen oder Empfehlungen. Die Auswahl der Qualitätsaspekte für ein österreichweites DMP CHI erfolgte auf der Grundlage folgender Quellen:

1. Empfehlungen aus dem medizinischen Rahmenkonzept (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept),
2. Ergebnisse einer systematischen Recherche nach für DMP für CHI relevanten Leitlinien (IQWiG, 2015). Folgende Leitlinien wurden in diesen systematischen Review einbezogen:
 - American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA) 2009, 2013,
 - American College of Chest Physicians (ACCP) 2012,
 - American Heart Association/Heart Failure Society of America (AHA/HFSA) 2015,
 - Canadian Cardiovascular Society (CCS) 2009, 2010, 2011, 2012, 2015,
 - Canadian Cardiovascular Society (CCS) Child 2013,
 - Canadian Cardiovascular Society (CCS) CRT 2013,
 - Canadian Cardiovascular Society (CCS) CRT Impl. 2013,
 - Canadian Cardiovascular Society (CCS) HF 2013,
 - Canadian Cardiovascular Society (CCS) Reha 2013,
 - Cardiac Society of Australia and New Zealand (CSNZ) 2009,
 - European Society of Cardiology (ESC) 2010, 2012, 2013,
 - Heart Failure Society of America (HFSA) 2010,
 - Institute of Clinical Systems Integration (ICSI) 2013,
 - Michigan Quality Improvement Consortium (MQIC) 2013,
 - National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2010.
3. Ergänzende Recherche in Leitliniendatenbanken nach später erschienenen Leitlinien. Durchsucht wurden die Datenbanken folgender Leitlinienanbieterinnen bzw. Leitlinienanbieter:
 - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutschland,
 - Canadian Medical Association (CMA Infobase), Kanada,
 - National Guideline Clearinghouse (NGC), USA,
 - NHS Evidence Search, Großbritannien.

Als Ergebnis dieser Recherche wurden folgende weiteren Leitlinien berücksichtigt:

- European Society of Cardiology (ESC) 2016,
- Nationale Versorgungsleitlinie chronische Herzinsuffizienz (AWMF 2019),
- Canadian Cardiovascular Society (CCS) 2017,
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2018.

Für die Ableitung von Qualitätsaspekten für ein österreichweites DMP CHI aus diesen Leitlinien wurden Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad (Grade of Recommendation, GoR) und/oder hohem Evidenzgrad (Level of Evidence, LoE) berücksichtigt.

3.2. Suche nach Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren

Die Suche nach evidenzbasierten Qualitätszielen und zugehörigen Qualitätsindikatoren erfolgte in einem dreistufigen Verfahren:

1. Als Grundlage wurde eine systematische Literaturrecherche in PubMed/Medline durchgeführt. Suchbegriffe zur Herzinsuffizienz (HI) und Suchbegriffe zu Qualitätsindikatoren wurden kombiniert (Tabelle 1). Die Suche fand am 31. Januar 2020 statt.

Tabelle 1: Suchcode der systematischen Datenbankrecherche nach Qualitätsindikatoren für HI

Suchcode der systematischen Datenbankrecherche nach Qualitätsindikatoren für HI	Treffer
("Cardiology"[Mesh] OR Heart failure[Title/Abstract] OR Heart decompensation[Title/Abstract] OR Cardiac failure[Title/Abstract] OR Myocardial failure[Title/Abstract]) AND (Quality goals[Title/Abstract] OR Quality objectives[Title/Abstract] OR Quality strategy[Title/Abstract] OR Quality assurance[Title/Abstract] OR Quality assessment[Title/Abstract] OR Quality assuring[Title/Abstract] OR Quality indicators[Title/Abstract] OR Health care quality*[Title/Abstract] OR Quality markers[Title/Abstract])	504

Die 504 identifizierten Studien umfassten den Publikationszeitraum von 1. Januar 1985 bis 31. Januar 2020. Studien mit Publikationsdaten vor 2009 und früher wurden im anschließenden Screening-Prozess ausgeschlossen. Während des Screening-Prozesses wurden außerdem Studien ausgeschlossen, die nicht die HI betreffen, die keine Qualitätsindikatoren berichten oder sich nur auf die Bewertung spezifischer Interventionen beschränken (prognostische biomolekulare Studien, Versicherungs- oder Managementstudien, Vergleiche zwischen Geräten/Therapieeffektivität, Kosten-Effektivitäts-Analysen usw.). Studien in anderen Sprachen als Englisch und Deutsch wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Der Selektionsprozess und die anschließende Datenextraktion wurde von einem Wissenschaftler durchgeführt und von einem weiteren stichprobenartig überprüft. Zweifelsfälle wurden durch Diskussion geklärt. Für die Datenextraktion wurden vorab definierte Tabellen verwendet. Extrahiert wurden die Definition und der Typ des Qualitätsindikators sowie die Angabe der Autorinnen bzw. Autoren zur zugrundeliegenden Evidenz. Die Indikatoren wurden anschließend nach Anwendungsbereich kategorisiert (Abb. 1). 30 Studien wurden schließlich in den Review eingeschlossen, eine detaillierte Aufstellung der eingeschlossenen und ausgeschlossenen Publikation befindet sich im Anhang des vorliegenden Berichts.

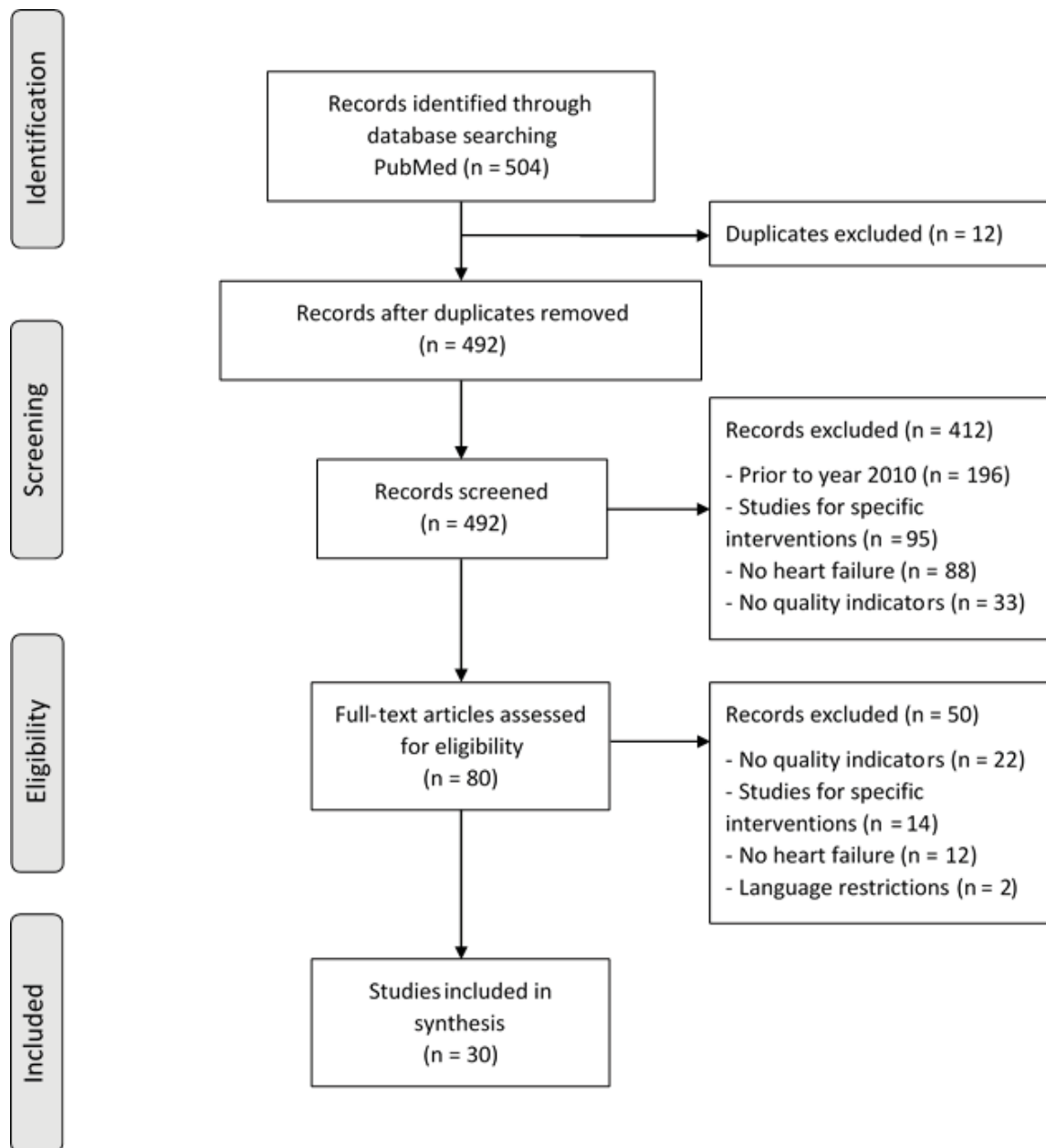


Abbildung 1: Prozess der Literaturrecherche und -selektion

2. Als zweite Informationsquelle wurden österreichische und deutsche Dokumente ausgewertet, die im Rahmen der Entwicklung von Disease-Management-Programmen für Herzinsuffizienz erstellt wurden. Dabei handelte es sich um folgenden Dokumente, die den Autorinnen bzw. Autoren bereits zu Studienbeginn vorlagen:

- Freund T, Lux M: Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2012),¹

¹ Für dieses Dokument existiert ein Update, das erst nach Beendigung der Recherche im Mai 2020 veröffentlicht wurde [Peters-Klimm F, Andres E: Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz, Version 2.0. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2020)].

- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss der deutschen gesetzlichen Krankenkassen): Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Richtlinie DMP-Anforderungen (2020, S. 111),
 - Moertl et al., 2017, Wien Klin Wochenschr. Disease-Management Programs in CHF – Position Statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology.
3. Zusätzlich wurde eine Recherche in nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren-Datenbanken durchgeführt. Dabei wurde mit Hilfe der Suchmaschine ‚Google‘ gezielt nach Datenbanken ausgewählter Staaten (deutschsprachige Länder, UK, USA, Kanada) gesucht sowie nach Datenbanken der internationalen Organisationen ‚OECD‘ und ‚WHO‘. Die folgenden Datenbanken wurden einbezogen:
- A-IQI: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Austrian Inpatient Quality Indicators, Wien, 2019. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html>. Zugriff: 08.06.2020,
 - AQUIK: Indikatoren-Satz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. https://www.kbv.de/media/sp/AQUIK_QI_Aktualisierung_1_0_140324.pdf, Zugriff: 03.03.2020. Ursprüngliche Studie: AQUIK, Ergebnisse des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 2009,
 - QUINTH (Gemeinsamer Bundesausschuss, Germany): <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetspruefung-ambulant/>. Zugriff: 08.06.2020,
 - OBSAN (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium): <https://www.obsan.admin.ch/de/indicators/topic/gesundheitszustand-der-bevoelkerung>. Zugriff: 08.06.2020,
 - NICE (National Institute for Health Care Excellence, U.K.), <https://www.nice.org.uk/guidance/qs9>. Zugriff: 08.06.2020,
 - IOM (Institute of Medicine, U.S.A): <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Heart-Disease-and-Stroke/objectives#4547>. Zugriff: 08.06.2020,
 - AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality, U.S.A.): https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Mo-dules/PQI/V2019/TechSpecs/PQI_08_Heart_Failure_Admission_Rate.pdf. Zugriff: 08.06.2020,
 - CCS (Canadian Cardiovascular Society) <https://www.ccs.ca/en/ccs-data-definitions-quality-indicators>,
 - OECD <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>. Zugriff: 08.06.2020,
 - WHO <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>. Zugriff: 08.06.2020.

Qualitätsindikatoren, die in den Schritten 2 und 3 identifiziert wurden, wurden ebenfalls in Tabellen aufgelistet. Danach wurden die identifizierten Indikatoren aus allen drei Schritten zusammengeführt.

Die Eignung der Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren für die Qualitätssicherung wurde zunächst anhand der im Rahmenkonzept festgelegten Eignungskriterien (Relevanz für die Patientinnen bzw. Patienten, Potential zur Verbesserung der Versorgung, Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer, Erfassbarkeit mit Instrumenten der Qualitätssicherung) überprüft. Redundante und ähnliche Indikatoren wurden zusammengeführt. Die verbleibenden 45 Qualitätsindikatoren wurden gemeinsam mit den zugehörigen Qualitätszielen in einem Indikatorenregister zusammengefasst und detailliert beschrieben. Das vollständige Indikatorenregister wird dem Teilkonzept als Anlage beigelegt.

3.3. Auswahl der Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Die Auswahl der Qualitätsziele und -indikatoren erfolgte durch Expertinnen bzw. Experten in einem zweistufigen Delphi-Verfahren in Form einer Online-Befragung. Die Bewertung der Indikatoren erfolgt analog zum Vorgehen bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Nationale Versorgungsleitlinien (Deutschland, BÄK, KBV und AWMF) anhand von ausgewählten Kriterien aus dem Bewertungsinstrument QUALIFY (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung BQS 2006) (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin [äzq], 2009; Reiter et al., 2007).

Die Rekrutierung der Expertinnen bzw. Experten erfolgte durch Anschreiben aller fachlich geeigneten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der CCIV-Vernetzungstreffen, auf Vorschlag durch verschiedene Organisationen (Gesundheitsfonds Steiermark, oberösterreichischer Gesundheitsfonds) und durch persönliche Anfrage bei weiteren geeigneten Personen aus dem Bereich der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner. Insgesamt wurden 22 Expertinnen bzw. Experten durch Anschreiben über E-Mail gebeten, am Delphi-Verfahren teilzunehmen. Neben allgemeinen Informationen zum Projekt wurden der E-Mail genaue Informationen zum Review-Verfahren, eine detaillierte Beschreibung der Qualitätsziele und Indikatoren sowie ein Link zur online-Befragung beigelegt.

Die Bewertung der einzelnen Indikatoren erfolgte nach den folgenden Kriterien:

1. Bedeutung für das Versorgungssystem: Häufigkeit/Schweregrad unerwünschter Ereignisse, hohe Fallzahl, hohe Kosten, hohe Variabilität in der Versorgung, hohes Verbesserungspotential, Erfassung wesentlicher Aspekte des Versorgungsprozesses, große Bedeutung für Patientinnen bzw. Patienten,
2. Klarheit der Definition: Ableitbarkeit einer eindeutigen Rechenregel (Zähler und Nenner), Möglichkeit der Anwendung der Messmethode, Möglichkeit der Festlegung eines Referenzbereichs,
3. Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer,
4. Evidenz- und Konsensbasiertheit: Studienevidenz, Empfehlungs- und Evidenzstärke relevanter Leitlinien (siehe dazu auch die Angaben im Indikatorenregister),
5. Risiko für Fehlsteuerung im Gesundheitssystem.

Die Bewertung erfolgte für die Kriterien 1 bis 4 auf einer vierstufigen Skala (1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu) und für das Kriterium 5 („Risiko für

Fehlsteuerung') mit JA/NEIN. Die Reviewerinnen bzw. Reviewer wurden darüber hinaus gebeten, Anmerkungen zu den Bewertungskriterien im Freitext zu machen.

Nach Beendigung der ersten Delphi-Runde lagen elf vollständige Antworten vor, dies entspricht einer Rücklaufquote von 50%. Die Gruppe der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten bestand aus sieben Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Innere Medizin bzw. Innere Medizin mit Zusatzfach Kardiologie sowie drei Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner und einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Alle Expertinnen bzw. Experten hatten über zehn Jahre Berufserfahrung und über zehn Jahre Erfahrung in der Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI.

In der ersten Stufe des Delphi-Verfahrens wurden jene Indikatoren ausgewählt, für die bei allen fünf Kriterien Konsens unter den Reviewerinnen bzw. Reviewern bestand. Konsens wurde dann angenommen, wenn bei den Kriterien ‚Bedeutung für das Versorgungssystem‘, ‚Klarheit der Definition‘, ‚Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer‘ und ‚Evidenz- und Konsensbasiertheit‘ mindestens 80% der Reviewerinnen bzw. Reviewer mit 3 oder 4 und beim Kriterium ‚Risiko für Fehlsteuerung‘ mindestens 80% der Reviewerinnen bzw. Reviewer mit ‚NEIN‘ werteten.

Für das Bewertungskriterium ‚Risiko für Fehlsteuerung‘ wurden von den Expertinnen bzw. Experten zum Teil Begründungen angegeben, die sich auf mögliche Implementierungsprobleme (z.B. notwendige Ressourcen, Kosten u.Ä.) bezogen, nicht jedoch auf die in der Beschreibung der Kriterien angegebene Definition eines möglichen Anreizes zu Fehlsteuerungen in der Versorgung, d.h. zu unerwünschten Auswirkungen im Gesundheitssystem. Diese Bewertungen wurden daher als ungültig gewertet. Die Grundgesamtheit der gültigen Antworten, auf die sich der Konsens bezog, wurde entsprechend angepasst.

Tabelle 2: Indikatoren mit Konsens in der ersten Stufe des Delphi-Verfahrens. Die Prozentzahlen geben den Anteil positiver Bewertungen durch die Reviewerinnen bzw. Reviewer an.

	Relevanz	Klarheit der Definition	Beeinflussbarkeit	Evidenzbasiertheit	Risiko für Fehlsteuerung
01-D Dokumentierte Anamnese im Rahmen der Erstabklärung	11/11 (100%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)	11/11 (100%)	9/9 (100%)
02-D Spezifische körperliche Untersuchung im Rahmen der Erstabklärung	11/11 (100%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)	11/11 (100%)	9/9 (100%)
03-Dokumentierte Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung	11/11 (100%)	11/11 (100%)	10/11 (91%)	11/11 (100%)	8/9 (89%)
04-D Elektrokardiographie im Rahmen der Erstabklärung	11/11 (100%)	11/11 (100%)	10/11 (91%)	11/11 (100%)	8/9 (89%)
05-D Echokardiographie im Rahmen der Erstabklärung	11/11 (100%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)	11/11 (100%)	8/9 (89%)
08-D Dokumentierte NYHA-Klassifikation bei Erstdiagnose	11/11 (100%)	11/11 (100%)	9/11 (82%)	10/11 (91%)	11/11 (100%)

	Relevanz	Klarheit der Definition	Beeinflussbarkeit	Evidenzbasiertheit	Risiko für Fehlsteuerung
09-D Abklärung durch Kardiologen im Rahmen der Erstdiagnose	10/11 (91%)	10/11 (91%)	9/11 (82%)	10/11 (91%)	9/10 (90%)
12-MT Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB	10/11 (91%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	9/10 (90%)
13-MT Behandlung mit Betablockern	11/11 (100 %)	11/11 (100%)	9/11 (82%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)
14-MT Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB und Betablockern	10/11 (91%)	10/11 (91%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	10/11 (91%)
18-MT Behandlung mit Antikoagulantien	9/11 (82%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	11/11 (100%)
19-MT Behandlung mit Statinen	9/11 (82%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	11/11 (100%)
24-NMT Schulung der Patienten	11/11 (100%)	11/11 (100%)	11/11 (100%)	10/11 (91%)	9/11 (82%)
27-NMT Schulung zur Überwachung des Gewichts	10/11 90%	11/11 100%	9/11 80%	11/11 100%	10/11 90%
28-NMT Beratung über Impfungen	11/11 (91%)	11/11 (100%)	10/11 (91%)	11/11 (100%)	9/10 (90%)
32-KV Kontrolle beim betreuenden Arzt alle 3 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	9/11 (82%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)	9/11 (82%)	10/11 (91%)
33-KV Jährliche Echokardiographie bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	11/11 (100%)	11/11 (100%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)
34-KV Kontrolle beim Kardiologen alle 12-18 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	10/11 (91%)	11/11 (100%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)	8/10 (80%)
35-KV Kontrolle beim Kardiologen mindestens alle 3 Monaten bei Patienten mit hohem Risiko	10/11 (91%)	11/11 (100%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)	9/11 (82%)
36-KV Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen bei Patienten mit sehr hohem Risiko	11/11 (100%)	11/11 (100%)	10/11 (91%)	9/11 (82%)	9/10 (90%)
37-KV Regelmäßige NYHA-Klassifikation	9/11 (82%)	10/11 (91%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)	9/11 (82%)
38-KV Regelmäßige Laborkontrollen	11/11 (100%)	11/11 (100%)	10/11 (91%)	10/11 (91%)	9/11 (82%)

Abkürzungen bei der Indikatorenbezeichnung: D = Diagnose, MT = medikamentöse Therapie, NMT = nicht medikamentöse Therapie, KV = kontinuierlicher Versorgungsprozess.

Die 22 ausgewählten Indikatoren wurden in der zweiten Stufe des Delphi-Verfahrens den Expertinnen bzw. Experten, die an der ersten Runde teilgenommen hatten, abermals zur Bewertung vorgelegt. Folgende Kriterien wurden in der 2. Runde des Bewertungsverfahrens zusätzlich zu den vorher genannten Kriterien 1 bis 5 herangezogen:

6. Datenverfügbarkeit und Erhebungsaufwand,
7. Implementationsbarrieren im Gesundheitssystem, z.B. Mehrkosten im Versorgungssystem bei indikatorgerechter Versorgung oder widersprüchliche Empfehlungen zwischen konkurrierenden Leitlinien.

Die Bewertung erfolgte wiederum auf einer vierstufigen Skala (1 = trifft nicht zu; 2 = trifft eher nicht zu; 3 = trifft eher zu; 4 = trifft zu). Für das Kriterium 6 (‚Datenverfügbarkeit und Erhebungsaufwand‘) wurde abgefragt, ob die Indikatorenberechnung nach Meinung der Expertinnen bzw. Experten auf Grundlage von administrativen oder klinischen Routinedaten erfolgen kann, oder ob speziell für die Qualitätssicherung zu erhebende Daten benötigt werden. Darüber hinaus wurden die Reviewerinnen bzw. Reviewer gebeten, Anmerkungen im Freitext zu machen.

Analog zum Vorgehen bei der Erstellung von Qualitätsindikatoren für nationale Versorgungsleitlinien in Deutschland wurden diese Kriterien nur deskriptiv verwendet und nicht als Auswahlkriterien herangezogen (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001). Auf das achte Kriterium (‚Möglichkeit der Risikoadjustierung‘) konnte verzichtet werden, da in der ersten Bewertungsrunde für die vorgeschlagenen Ergebnisqualitäts-Indikatoren kein Konsens bestand.

Neun vollständig ausgefüllte Fragebögen wurden retourniert und in die Bewertung mit einbezogen. Da die Anzahl der Reviewerinnen bzw. Reviewer kleiner war als in der ersten Runde, wurde – analog zum im QUALIFY-Manual vorgeschlagenen Vorgehen – Konsens dann angenommen, wenn bei den Kriterien ‚Bedeutung für das Versorgungssystem‘, ‚Klarheit der Definition‘, ‚Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer‘ und ‚Evidenz- und Konsensbasiertheit‘ mindestens 75% der gültigen Bewertungen 3 oder 4 und beim Kriterium ‚Risiko für Fehlsteuerung‘ mindestens 75% der gültigen Bewertungen ‚NEIN‘ ergaben (Reiter et al., 2007).

Für das Bewertungskriterium ‚Risiko für Fehlsteuerung‘ wurden von den Expertinnen bzw. Experten zum Teil Begründungen angegeben, die sich auf mögliche Implementierungsprobleme (z.B. notwendige Ressourcen, Kosten u.Ä.) bezogen, nicht jedoch auf die in der Beschreibung der Kriterien angegebene Definition eines möglichen Anreizes zu Fehlsteuerungen in der Versorgung, d.h. zu unerwünschten Auswirkungen im Gesundheitssystem. Diese Bewertungen wurden daher als ungültig gewertet, die Grundgesamtheit der gültigen Antworten, auf die sich der Konsens bezog, wurde entsprechend angepasst. Die zugehörigen Freitextanmerkungen wurden jedoch in der entsprechenden Bewertungskategorie (mögliche Barrieren für die Implementierung) erfasst. Die Freitextanmerkungen zur Verfügbarkeit der Daten und zu Implementationsbarrieren wurden in der detaillierten Beschreibung der Indikatoren berücksichtigt. Die nachstehende Tabelle führt die Qualitätsziele bzw. -indikatoren an, für die Konsens unter den Reviewerinnen bzw. Reviewer bestand.

Tabelle 3: Indikatoren mit Konsens in der zweiten Stufe des Delphi-Verfahrens. Die Prozentzahlen geben den Anteil positiver Bewertungen durch die Reviewerinnen bzw. Reviewer an.

	Relevanz	Klarheit der Definition	Beeinflussbarkeit	Evidenzbasiertheit	Risiko für Fehlsteuerung
02-D Spezifische körperliche Untersuchung im Rahmen der Erstabklärung	9/9 (100%)	8/9 (89%)	9/9 (100%)	9/9 (100%)	6/6 (100%)
03-Dokumentierte Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung	9/9 (100%)	9/9 (100%)	7/9 (78%)	9/9 (100%)	7/7 (100%)
04-D Elektrokardiographie im Rahmen der Erstabklärung	9/9 (100%)	9/9 (100%)	7/9 (78%)	9/9 (100%)	6/6 (100%)
05-D Echokardiographie im Rahmen der Erstabklärung	8/9 (89%)	8/9 (89%)	7/9 (78%)	8/9 (89%)	7/7 (100%)
08-D Dokumentierte NYHA-Klassifikation bei Erstdiagnose	9/9 (100%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	8/9 (89%)	11/11 (100%)
09-D Abklärung durch Spezialisten im Rahmen der Erstdiagnose	8/9 (89%)	8/9 (89%)	7/9 (78%)	8/9 (89%)	6/7 (86%)
12-MT Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB	9/9 (100%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	9/9 (100%)	9/9 (100%)
13-MT Behandlung mit Betablockern	9/9 (100 %)	9/9 (100%)	7/9 (78%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)
14-MT Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB und Betablockern	9/9 (100%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)
18-MT Behandlung mit Antikoagulantien	8/9 (89%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)
19-MT Behandlung mit Statinen	9/9 (100%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	8/9 (89%)	8/9 (89%)
27-NMT Schulung zur Überwachung des Gewichts	8/9 (89%)	9/9 (100%)	7/9 (78%)	8/9 (89%)	8/9 (89%)
28-NMT Beratung über Impfungen	9/9 (100%)	9/9 (100%)	7/9 (78%)	8/9 (89%)	6/7 (86%)
32-KV Kontrolle beim betreuenden Arzt alle 3 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	7/9 (78%)	7/9 (78%)	7/9 (78%)	7/9 (78%)	7/9 (78%)
33-KV Jährliche Echokardiographie bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	9/9 (100%)	9/9 (100%)	7/9 (78%)	9/9 (100%)	6/7 (86%)
34-KV Kontrolle beim Kardiologen alle 12-18 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	9/9 (100%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	7/9 (78%)	7/9 (78%)

	Relevanz	Klarheit der Definition	Beeinflussbarkeit	Evidenzbasiertheit	Risiko für Fehlsteuerung
35-KV Kontrolle beim Kardiologen mindestens alle 3 Monaten bei Patienten mit hohem Risiko	9/9 (100%)	9/9 (100%)	6/9 (67%)	8/9 (89%)	5/6 (83%)
36-KV Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen bei Patienten mit sehr hohem Risiko	9/9 (100%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	8/9 (89%)	6/6 (100%)
37-KV Regelmäßige NYHA-Klassifikation	8/9 (89%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	8/9 (89%)	9/9 (100%)
38-KV Regelmäßige Laborkontrollen	9/9 (100%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)	8/9 (89%)	8/9 (89%)

Abkürzungen bei der Indikatorenbezeichnung: D = Diagnose, MT = medikamentöse Therapie, NMT = nicht medikamentöse Therapie, KV = kontinuierlicher Versorgungsprozess

4. RAHMENKONZEPT UND QUALITÄTSMODELL

4.1. Das Rahmenkonzept

Die Bewertung und kontinuierliche Verbesserung von Qualität sollte einem Rahmenkonzept (Conceptual Framework) folgen, das grundlegende Qualitätsdimensionen zusammenfasst. Nach A. Donabedian wird unterschieden, ob sich Qualitätsaspekte auf Strukturen (Strukturqualität), Prozesse (Prozessqualität) oder Ergebnisse (Ergebnisqualität) beziehen (Donabedian, 1966; Donabedian, 1988). Für die Beurteilung von Versorgungsqualität im Gesundheitsbereich greift dieses Konzept jedoch zu kurz. Für das Gesundheitswesen wurden daher zahlreiche unterschiedliche Rahmenkonzepte entwickelt, deren Schwerpunkt entweder auf der konkreten Gesundheitsversorgung oder auf dem Gesundheitssystem als Ganzes gesetzt wurde (Ahluwalia, Damberg, Silverman, Motala & Shekelle, 2017; Arah, Westert, Hurst & Klazinga, 2006; Wiig et al., 2014). Daneben existieren Rahmenkonzepte für das interne Qualitätsmanagement und die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen (z.B. DIN EN 15224 2017).

Für die Entwicklung des Qualitätsmodells für ein österreichweites Disease-Management-Programm für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI wurde auf das Rahmenkonzept des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zurückgegriffen, das sich wiederum an das Konzept des Institute of Medicine (IOM) anlehnt (Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001). Dieses Rahmenkonzept wurde gewählt, weil es auf Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen ausgerichtet ist und auch besondere Herausforderungen des österreichischen Gesundheitswesens wie die sektorenübergreifende Koordination im Rahmen der integrierten Versorgung abdeckt (IQTIG, 2019). Das Rahmenkonzept integriert auch Anforderungen an die Patientinnen- bzw. Patientenzentriertheit, welche jedoch nicht als eigene Dimension, sondern als durchgehendes Prinzip (Querschnittsmaterie) berücksichtigt ist.

Entsprechend dem IQTIG-Rahmenkonzept werden folgende Qualitätsdimensionen als grundlegende Anforderungen an die Gesundheitsversorgung, die bei einer umfassenden Beurteilung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität zu berücksichtigen sind, unterschieden:

1. Wirksamkeit (Effectiveness)

Unter der Bezeichnung ‚Wirksamkeit der Versorgung‘ wird das Ausmaß verstanden, in dem die angestrebten Versorgungsergebnisse tatsächlich erreicht werden (Donabedian, 1988). Im Gegensatz zu Efficacy bedeutet dies nicht die grundsätzliche Wirksamkeit von Versorgungsmaßnahmen unter optimalen Bedingungen (etwa im Rahmen von klinischen Studien), sondern die Wirksamkeit unter realen Bedingungen der Gesundheitsversorgung. Im Vordergrund steht dabei der Nutzen für die Patientinnen bzw. Patienten. Die Basis der angestrebten Versorgungswirksamkeit stellt dabei der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Evidenz, an der sich Strukturen und Prozesse ausrichten müssen, um die angestrebten Ergebnisse zu erreichen, dar.

2. Patientinnen- bzw. Patientensicherheit (Safety)

Unter ‚Patientinnen- bzw. Patientensicherheit‘ (Patient Safety) wird die Abwesenheit unerwünschter Ereignisse (Adverse Events) im Rahmen von Versorgungsprozessen verstanden (Aktionsbündnis Patientensicherheit, 2016). Dies bedeutet, dass die Versorgungsprozesse so gestaltet und gewünschte Versorgungsergebnisse so definiert werden müssen, dass das Risiko für unerwünschte Ereignisse möglichst minimiert wird. Dies schließt auch die Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung mit ein.

3. Patientinnen- bzw. patientenzentrierte Versorgung (Responsiveness, Acceptability)

Eine an den Patientinnen bzw. Patienten ausgerichtete (patientinnen- bzw. patientenzentrierte) Versorgung bedeutet, dass deren Bedürfnisse und Werte berücksichtigt und alle Versorgungsentscheidungen durch diese geleitet werden (Arah et al., 2006; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001). Dies umfasst vor allem einen respekt- und würdevollen Umgang der Gesundheitsprofessionen mit den Patientinnen bzw. Patienten, eine umfassende und bedarfsgerechte Information und Kommunikation, das Angebot zur aktiven Beteiligung an Versorgungsprozessen und Entscheidungen (Informed Consent), die Berücksichtigung der Diversität der Patientinnen bzw. Patienten und ihrer Lebenslagen und Lebensphasen sowie die Einbeziehung des sozialen Umfelds bei der Gestaltung der Versorgung.

4. Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit (Timeliness, Accessibility, Availability)

Unter der Rechtzeitigkeit wird die zeitgerechte (d.h. dann, wenn sie benötigt werden) Verfügbarkeit von Versorgungsleistungen verstanden (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 1989). Über die rein zeitliche Erreichbarkeit hinaus werden bei diesem Kriterium auch die mit den Begriffen ‚Zugänglichkeit‘ (Accessibility) und ‚Verfügbarkeit‘ (Availability) angesprochenen Aspekte – z.B. in Hinblick auf geographische Erreichbarkeit, organisatorische oder finanzielle Voraussetzungen – inkludiert (Arah et al., 2006; Campbell, Roland & Buetow, 2000; Klassen et al., 2010). Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Qualitätsdimension nur zum Teil von den einzelnen Gesundheitsdienstleisterinnen bzw. Gesundheitsdienstleistern (GDL) beeinflusst werden kann und im Übrigen im Einflussbereich der Gesundheitssystemgestaltung liegt.

5. Angemessenheit (Appropriateness)

Unter einer angemessenen Versorgung wird die Vermeidung von Unter-, Über- oder Fehlversorgung verstanden. Die Definition von Angemessenheit (Appropriateness) schließt die

beste verfügbare Evidenz, individuelle klinische Expertise, aber auch die Präferenz der Patientinnen bzw. Patienten ein (Perfetto, Oehrlein, Boutin, Reid & Gascho, 2017; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996; Scholl, Zill, Härter & Dirmaier, 2014). Diese Sichtweise rechtfertigt es, die Angemessenheit neben der Wirksamkeit als eigene Qualitätsdimension zu führen.

6. Koordination und Kontinuität (Coordination, Continuity)

Der Begriff der Koordination beschreibt das Ausmaß, in dem Versorgungsmaßnahmen zwischen den einzelnen Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer organisatorisch und zeitlich sinnvoll aufeinander abgestimmt sind und somit eine kontinuierliche Versorgung ermöglichen (JCAHO, 1989; Klassen et al., 2010). Diese Eigenschaft ist von besonderer Bedeutung für eine sektorenübergreifende (integrierte) Versorgung und wurde deshalb als eigene Qualitätsdimension aufgenommen.

Die Qualitätsdimensionen allgemein sind als grundsätzliche Anforderungen an die Versorgungsqualität zu sehen, die einander ergänzen und vom Versorgungssystem gleichzeitig erfüllt werden sollen. Einzelne Qualitätsmerkmale, Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren können sich jeweils auf mehrere dieser Qualitätsdimensionen beziehen. So kann z.B. ein Qualitätsziel ‚leitlinienkonforme Therapie‘ auf die Dimensionen ‚Wirksamkeit‘, ‚Patientinnen- bzw. Patientensicherheit‘, ‚patientinnen- bzw. patientenzentrierte Versorgung‘ und ‚Angemessenheit‘ wirken. Der Abgleich des Qualitätsmodells mit dem Rahmenkonzept soll gewährleisten, dass alle relevanten Dimensionen adressiert wurden und sich keine Lücken in der Qualitätsdarstellung ergeben.

4.2. Das Qualitätsmodell

Das Qualitätsmodell für das Disease-Management-Programm wurde schrittweise aus den grundlegenden Qualitätsthemen (Qualitätsaspekten) abgeleitet, in Form der daraus abgeleiteten Qualitätsmerkmale (konkrete Anforderungen an die Versorgungspraxis) und Qualitätsziele (quantifizierbare Anforderungen) konkretisiert sowie in Form von Qualitätsindikatoren (Messwerten) operationalisiert (Abbildung 2).

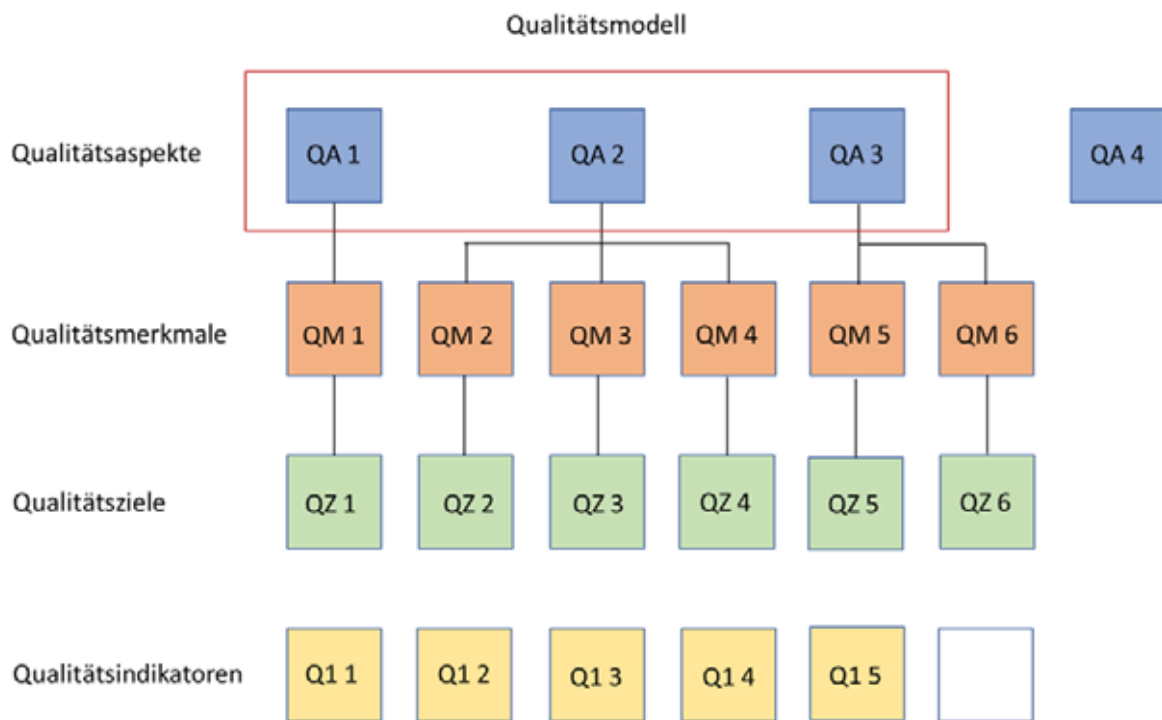


Abbildung 2: Qualitätsmodell: Ableitung von Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten

Die Suche nach relevanten Qualitätsaspekten für ein Disease-Management für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI erfolgte – wie im bereits Methodenteil beschrieben – durch eine systematische Leitlinienrecherche und unter Berücksichtigung des medizinischen Rahmenkonzepts (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). In der folgenden Tabelle 4 sind die identifizierten Qualitätsaspekte für die Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI zusammengefasst. Die erste Spalte enthält eine Beschreibung des Qualitätsaspekts, die zweite die Qualitätsdimension nach Donabedian, die dritte die Qualitätsdimension nach dem Rahmenkonzept und die vierte die für die Auswahl der Qualitätsaspekte herangezogenen Leitlinien.

Tabelle 4: Qualitätsaspekte für ein DMP CHI (Abkürzung der Leitlinien: Siehe Anhang)

Qualitätsaspekt	Qualitätsdimension (Donabedian)	Qualitätsdimension (Rahmenkonzept)	Quelle
Kompetente und professionell geschulte Leistungserbringer	Strukturqualität	Wirksamkeit, Sicherheit	ESC 2016, CCIV 2019, GBA 2020
Zugang zur multidisziplinären strukturierten Versorgung	Strukturqualität	Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit	CSNZ 2009, CCS 2010, ESC 2010, ACCF 2013, AWMF 2019, ÖKG 2017, CCIV 2019
Leitlinienkonforme Diagnostik	Prozessqualität	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit	IQWiG 2015, ESC 2016, CCS 2017, AWMF 2019, NICE 2018, CCIV 2019
Leitlinienkonforme Therapie	Prozessqualität	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit	IQWiG 2015, ESC 2016, CCS 2017, NICE 2018, AWMF 2019, CCIV 2019
Kontinuität der Betreuung	Prozessqualität	Koordination/Kontinuität	IQWiG 2015, ESC 2016, AWMF 2019, CCS 2017, NICE 2018, CCIV 2019
Aktive Patientenbeteiligung	Prozessqualität	Patientenzentriertheit	IQWiG 2015, ESC 2016, NICE 2018, AWMF 2019, CCIV 2019
Reduktion der Mortalität	Ergebnisqualität	Wirksamkeit, Sicherheit	CSNZ 2009, HFSA 2010, CCS 2010, ACCF 2013, ESC 2016, AWMF 2019, GBA 2020
Reduktion der Hospitalisierung	Ergebnisqualität	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit	CSNZ 2009, HFSA 2010, CCS 2010, ACCF 2013, ESC 2016, AWMF 2019, CCIV 2019, GBA 2020
Erhöhung der Lebensqualität	Ergebnisqualität	Wirksamkeit, Patientenzentriertheit	AWMF 2019, CCIV 2019, GBA 2020

5. QUALITÄTSZIELE UND QUALITÄTSINDIKATOREN

Für die beschriebenen Qualitätsaspekte wurden in einem weiteren Entwicklungsschritt Qualitätsmerkmale der Versorgung identifiziert, die wesentliche Teile des jeweiligen Aspekts abbilden. Diese Qualitätsmerkmale beziehen sich auf konkrete und begründete Qualitätsanforderungen an die Versorgungspraxis, die im Rahmen der Qualitätssicherung überprüft werden können (IQTIG, 2019). Um die Qualität der Versorgung möglichst vollständig abbilden zu können, wurden für die meisten Qualitätsaspekte mehrere Qualitätsmerkmale ausgewählt, wobei jedoch darauf geachtet wurde, dass keine Überschneidungen auftraten. Zu jedem Qualitätsmerkmal wurde anschließend eine konkret formulierte Anforderung (Qualitätsanforderung, Qualitätsziel) definiert. Dabei wurde auf die Definition der EN ISO 9000 2015 Bezug genommen, wonach Qualitätsmerkmale „*inhärente Merkmale eines Objekts (Produkt, Prozess, Dienstleistung), die sich auf eine Anforderung beziehen*“ sind. Beschreiben die Qualitätsmerkmale also eine Anforderungskategorie (z.B. Sterblichkeit), so definieren die Qualitätsanforderungen (Qualitätsziele) die geforderten Eigenschaften (z.B. möglichst geringe Sterblichkeit).

Um Qualitätsziele messbar zu machen, wurde für jedes Ziel ein Qualitätsindikator definiert, der das jeweilige Qualitätsmerkmal mit ausreichender Validität und Reliabilität abbildet. Die Ableitung der Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren erfolgte anhand der im Methodenteil angeführten Quellen (Leitlinienrecherche, systematische Literaturrecherche, Recherche in Qualitätsindikatoren-Datenbanken, Qualitätsindikatoren bei bestehenden Disease-Management-Programmen). Die Auswahl der Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren erfolgte in einem zweistufigen Delphi-Verfahren durch Expertinnen- bzw. Expertenkonsens (siehe Methodenteil).

Für das Qualitätsziel 21-MT ‚Erreichen der Zieldosis oder der maximal tolerierten Dosis‘ wurde zunächst kein Expertinnen- bzw. Expertenkonsens erreicht. Im Rahmen des internen Reviews wurde allerdings von zahlreichen Expertinnen bzw. Experten auf die Wichtigkeit dieses Qualitätsziels hingewiesen, da hier nach deren Meinung ein erhebliches Versorgungsdefizit besteht. Dies deckt sich auch mit Daten internationaler Studien (Maggioni et al., 2013). Der Indikator wurde daher in die Indikatorenliste aufgenommen.

Tabelle 5 zeigt die finale Liste der Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren mit den Qualitätsaspekten und Qualitätsdimensionen, auf die sie sich beziehen.

Tabelle 5: Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren für ein DMP CHI

Qualitätsaspekt	Qualitätsdimension (Donabedian)	Qualitätsdimension (Rahmenkonzept)	Qualitätsziel/Indikator
Kompetente und professionell geschulte Leistungserbringer	Strukturqualität	Wirksamkeit, Sicherheit	Keine Abbildung durch Indikator
Zugang zur multidisziplinären strukturierten Versorgung	Prozessqualität	Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit	09-D Abklärung durch Kardiologen 34-KV Kontrolle beim Kardiologen alle 12-18 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko

Qualitätsaspekt	Qualitätsdimension (Donabedian)	Qualitätsdimension (Rahmenkonzept)	Qualitätsziel/Indikator
Zugang zur multi-disziplinären strukturierten Versorgung	Prozessqualität	Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit	35-KV Kontrolle beim Kardiologen mindestens alle 3 Monaten bei Patienten mit hohem Risiko 36-KV Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen bei Patienten mit sehr hohem Risiko
Leitlinienkonforme Diagnostik	Prozessqualität	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit	02-D Spezifische körperliche Untersuchung im Rahmen der Erstabklärung 03-Dokumentierte Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung 04-D Elektrokardiographie im Rahmen der Erstabklärung 05-D Echokardiographie im Rahmen der Erstabklärung 08-D Dokumentierte NYHA-Klassifikation bei Erstdiagnose
Leitlinienkonforme Therapie	Prozessqualität	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit	12-MT Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB 13-MT Behandlung mit Betablockern 14-MT Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB und Betablockern 18-MT Behandlung mit Antikoagulantien 21-MT Erreichen der Zieldosis oder der maximal tolerierten Dosis
Kontinuität der Betreuung	Prozessqualität	Koordination/Kontinuität	32-KV Kontrolle beim betreuenden Arzt alle 3 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko 33-KV Jährliche Echokardiographie bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko 34-KV Kontrolle beim Kardiologen alle 12-18 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko 35-KV Kontrolle beim Kardiologen mindestens alle 3 Monaten bei Patienten mit hohem Risiko 36-KV Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen bei Patienten mit sehr hohem Risiko 37-KV: Regelmäßige Laborkontrollen 38-KV Regelmäßige Laborkontrollen 37-KV Regelmäßige NYHA-Klassifikation
Aktive Patientenbeteiligung	Prozessqualität	Patientenzentriertheit	27-NMT Schulung zur Überwachung des Gewichts 28-NMT: Beratung über Impfungen
Reduktion der Mortalität	Ergebnisqualität	Wirksamkeit, Sicherheit	Keine Abbildung durch Indikator
Reduktion der Hospitalisierung	Ergebnisqualität	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit	Keine Abbildung durch Indikator
Erhöhung der Lebensqualität	Ergebnisqualität	Wirksamkeit, Patientenzentriertheit	Keine Abbildung durch Indikator

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, beziehen sich sämtliche ausgewählten Qualitätsziele und -indikatoren auf die Dimension der Prozessqualität nach Donabedian. Einzelne Qualitätsziele betreffen mehr als einen Qualitätsaspekt oder eine Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts. So zielen die Indikatoren 34-KV ‚Kontrolle beim Kardiologen alle 12-18 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko‘, 35-KV ‚Kontrolle beim Kardiologen mindestens alle 3 Monaten bei Patienten mit hohem Risiko‘ sowie 36-KV ‚Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen bei Patienten mit sehr hohem Risiko‘ sowohl auf die Kontinuität der Versorgung (Qualitätsaspekt ‚Kontinuität der Betreuung‘, Qualitätsdimension ‚Koordination/Kontinuität‘) als auch auf den Zugang zur spezialisierten Versorgung (Qualitätsaspekt ‚Zugang zur multidisziplinären strukturierten Versorgung‘, Qualitätsdimension ‚Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit‘).

Für die vorgeschlagenen Indikatoren zur Ergebnisqualität (40-KO: ‚Symptomkontrolle nach Aussage der Patientinnen bzw. Patienten‘; 41-KO: ‚1-Jahres-Mortalitätsrate‘; 42-KO: ‚30-Tages-Mortalitätsrate‘ und 43-KO: ‚Rate ungeplanter stationärer Aufnahmen‘) bestand kein Expertinnen- bzw. Expertenkonsens. Der Grund dessen lag im Wesentlichen in der mangelnden Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer und in einem daraus resultierenden Risiko für Fehlsteuerungen (Selektionsbias durch bevorzugte Rekrutierung von Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Risiko für das Disease-Management-Programm). Darüber hinaus ergibt sich bei kleinen Fallzahlen auf Ebene der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer ein Problem mit einer adäquaten Risikoadjustierung. Ergebnisqualitätsindikatoren sollten daher im Rahmen der Evaluation auf Programmebene und nicht auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer erhoben werden. Dasselbe gilt für den Strukturqualitäts-Indikator 45-SQ, ‚Teilnahmerate von neu diagnostizierten Patientinnen bzw. Patienten am Disease-Management-Programm‘. Der Qualitätsaspekt ‚Kompetente und professionell geschulte Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer‘ (abgebildet durch den Indikator 44-SQ ‚Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe‘) kann ebenfalls einfacher durch vertraglich geregelte Zugangsvoraussetzungen für Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer und Audits überprüft werden (siehe Kapitel 6 „Qualitätsorganisation“).

5.1. Beschreibung der Qualitätsindikatoren

In der folgenden Aufstellung werden die endgültig ausgewählten 19 Qualitätsziele sowie die zugehörigen Qualitätsindikatoren detailliert beschrieben. Die Nummern der Indikatoren beziehen sich auf verschiedene Teilprozesse des Behandlungsprozesses: D (Diagnose), MT (medikamentöse Therapie), NMT (nicht medikamentöse Therapie), KV (kontinuierlicher Versorgungsprozess). Die Zusammenfassung enthält eine Definition der Indikatoren und der zugehörigen Qualitätsziele, eine Beschreibung der Indikatorberechnung, eine Begründung für die Auswahl der Qualitätsziele mit einer Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz sowie Angaben über die zugehörigen Qualitätsdimensionen.

Als Prozessverantwortliche bzw. Prozessverantwortlicher wurde die Gesundheitsdienstleisterin bzw. der Gesundheitsdienstleister (GDL) definiert, der in einem DMP dafür verantwortlich ist, dass das definierte Qualitätsziel erreicht wird. Dies kann bedeuten, dass diese bzw. dieser die relevante Leistung selbst erbringt (z.B. Durchführung einer klinischen Untersuchung), oder dass durch diese bzw. diesen veranlasst und kontrolliert wird, dass die Leistung von anderen GDL erbracht wird (z.B. Zuweisung zur Echokardiographie). Dem gegenüber wurde als Dokumentationsverantwortliche bzw. -verantwortlicher die bzw. der

GDL definiert, von der bzw. dem die relevante Leistung erbracht und dokumentiert wird (z.B. Durchführung einer Echokardiographie).

Der neutrale Begriff ‚Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister‘ wurde gewählt, da das Organisationskonzept noch nicht vorliegt und daher noch nicht definitiv geklärt ist, ob die Einschreibung in das DMP nur bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern oder auch in Primärversorgungseinheiten oder bei einer niedergelassenen Internistin bzw. einem niedergelassenen Internist erfolgen kann. Ansonsten wurde – wo möglich – die Leistung erbringende Berufsgruppe genau definiert. Die nicht in die endgültige Auswahl einbezogenen Qualitätsindikatoren können dem vollständigen Indikatorenregister entnommen werden.

Indikator 02-D: Spezifische körperliche Untersuchung im Rahmen der Erstabklärung

Beschreibung des Indikators: Anteil der Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen eine spezifische körperliche Untersuchung dokumentiert wurde.

Berechnung:
$$\frac{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen eine spezifische körperliche Untersuchung dokumentiert wurde}}{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz}}$$

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Durchführung einer spezifischen körperlichen Untersuchung (Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz, kardiale und pulmonale Auskultation, Untersuchung der unteren Extremitäten) im Rahmen der Erstabklärung bei allen Patientinnen bzw. Patienten.

Begründung: Patientinnen bzw. Patienten mit Symptomen einer CHI sollen auf typische klinische Zeichen hin untersucht werden, um die Spezifität der Diagnose zu erhöhen und weiterführende diagnostische Maßnahmen gezielt einsetzen zu können. Die klinische Untersuchung stellt die Basis für weitere Kontrolluntersuchungen zur Diagnosesicherung und Therapieoptimierung dar.

Evidenz: Die Durchführung einer sorgfältigen klinischen Untersuchung entspricht der guten klinischen Praxis und ist als Expertinnen- bzw. Expertenkonsens in allen relevanten Leitlinien enthalten (BÄK et al., 2019; Freund & Lux, 2012; KBV, 2009; McKelvie et al., 2016; The Canadian Cardiovascular Society, 2019).

Relevante Leitlinien (Empfehlungsgrad): MF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen eine spezifische körperliche Untersuchung dokumentiert wurde [AOK QISA].

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Wichtig ist, dass die Dokumentation zum Zeitpunkt der Einschreibung in das Disease-Management-Programm in der jeweiligen Versorgungseinrichtung vollständig vorliegt, auch wenn die Einschreibung in das DMP erst nach abgeschlossener Diagnostik erfolgen kann.

Anmerkungen zur Implementierung: Als mögliche Implementierungsbarriere wurden von den Expertinnen bzw. Experten der relativ große Zeitaufwand für die Durchführung und Dokumentation einer spezifischen Untersuchung sowie die unzureichende Honorierung genannt. Diesem erhöhten Aufwand ist im Vergütungsmodell Rechnung zu tragen.

Indikator 03-D: Dokumentierte Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung

Beschreibung des Indikators: Anteil der Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen spezifische Komorbiditäten dokumentiert wurden.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz,
bei denen spezifische Komorbiditäten dokumentiert wurden
N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Diagnose und Dokumentation sowie ggf. Therapie folgender Komorbiditäten im Rahmen der Erstdiagnose einer CHI: Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Hypertonie, Herzvitien, Vorhofflimmern/-flattern, cerebrovaskuläre Störungen, chronische Niereninsuffizienz, chronisch obstruktive Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Schlafapnoesyndrom, Depression, Anämie, onkologische Erkrankungen sowie Kachexie und chronische Schmerzen.

Begründung: Viele Patientinnen bzw. Patienten mit CHI weisen zusätzliche oder der Herzinsuffizienz zugrundeliegende Erkrankungen auf. Die zeitgerechte Diagnose und Behandlung dieser beeinflusst Prognose und Therapieadhärenz.

Evidenz: Es kann angenommen werden, dass die Dokumentation bestehender Komorbiditäten einen Beitrag zur Patientinnen- bzw. Patientensicherheit darstellt, wenngleich der Nutzen der Dokumentation alleine bisher nicht ausreichend belegt ist (BÄK et al., 2019; Freund & Lux, 2012; NICE, 2018).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen spezifische Komorbiditäten dokumentiert sind (Freund & Lux, 2012).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Sicherheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Wichtig ist, dass die Dokumentation zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DMP in der jeweiligen Versorgungseinrichtung vollständig vorliegt, auch wenn die Einschreibung in dieses erst nach abgeschlossener Diagnostik erfolgen kann.

Anmerkungen zur Implementierung: Als mögliche Implementierungsbarriere wurden von den Expertinnen bzw. Experten der relativ große Zeitaufwand für die Durchführung und Dokumentation einer spezifischen Anamnese sowie die unzureichende Honorierung gesehen. Diesem erhöhten Aufwand ist im Vergütungsmodell Rechnung zu tragen.

Indikator 04-D: Elektrokardiographie im Rahmen der Erstabklärung

Beschreibung des Indikators: Anteil der Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit der Erstdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen ein EKG mit 12 Ableitungen dokumentiert wurde.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz,
bei denen eine Elektrokardiographie mit 12 Ableitungen dokumentiert ist
N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Durchführung einer Elektrokardiographie mit zwölf Ableitungen im Rahmen der Erstabklärung bei allen Patientinnen bzw. Patienten.

Begründung: Bei Patientinnen bzw. Patienten mit CHI lassen sich häufig pathologische Veränderungen im EKG erkennen. Die Spezifität dieser Befunde ist jedoch niedrig und liegt lediglich bei 56-60%. Ein unauffälliges EKG schließt eine Herzinsuffizienz zwar nicht aus, macht sie aber unwahrscheinlich (Sensitivität: 89%). Darüber hinaus kann ein EKG zusätzliche Informationen zur Ätiologie (z.B. Myokardinfarkt, Myokardhypertrophie) und therapie-relevante Veränderungen (z.B. Vorhofflimmern, Bradykardie, breiter QRS-Komplex) aufzeigen.

Evidenz: Ein EKG als Teil der Basisdiagnostik wird von zahlreichen Leitlinien empfohlen (BÄK et al., 2019; Freund & Lux, 2012; KBV, 2009; Mattsson, Mattsson & Jørsboe, 2014; Schjødt, Nakano, Egstrup & Cerqueira, 2016).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz, die ein EKG mit zwölf Ableitungen erhalten (Freund & Lux, 2012).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Wichtig ist, dass die Dokumentation zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DMP in der jeweiligen Versorgungseinrichtung vollständig vorliegt, auch wenn die Einschreibung in dieses erst nach abgeschlossener Diagnostik erfolgen kann.

Anmerkungen zur Implementierung: Als mögliche Implementierungsbarriere wurde von den Expertinnen bzw. Experten genannt, dass ein EKG bei Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern nicht durchwegs verfügbar ist. Als weiteres Problem wurde der zeitliche Aufwand genannt. Die Verfügbarkeit eines 12-Kanal-EKGs und die Durchführung von EKG-Untersuchungen in der Praxis sollte daher als Zulassungskriterium für Vertragspartnerinnen bzw. -partner im DMP festgelegt werden.

Indikator 05-D: Echokardiographie im Rahmen der Erstabklärung

Beschreibung des Indikators: Anteil der Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen eine Echokardiographie mit Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion in Prozent dokumentiert wurde.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen eine Echokardiographie mit Bestimmung der LVEF dokumentiert wurde
N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Durchführung einer transthorakalen Echokardiographie mit Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion im Rahmen der Erstabklärung bei allen Patientinnen bzw. Patienten.

Begründung: Durch die transthorakale Echokardiographie kann der durch die Basisdiagnostik erhärtete Verdacht auf eine Herzinsuffizienz nicht-invasiv bestätigt werden. Darüber hinaus kann die Untersuchung die verschiedenen Formen der kardialen Dysfunktion differenzieren und durch Messung der linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) den Schwere-

grad der Erkrankung bestimmen. Diese Informationen sind bedeutsam für die Therapieplanung. Außerdem können einige, zum Teil reversible Ursachen für die Herzinsuffizienz anhand des Echokardiographiebefundes ausgeschlossen oder bestätigt werden (z.B. Klappen-erkrankungen, Perikarditis constrictiva, dilatative Kardiomyopathie).

Evidenz: Es besteht kaum Evidenz zu den direkten Auswirkungen der Echokardiographie auf relevante Outcomes. Die Durchführung einer transthorakalen Echokardiographie bei allen Patientinnen bzw. Patienten, bei denen nach der Basisdiagnostik der Verdacht auf eine Herzinsuffizienz besteht, entspricht jedoch der guten klinischen Praxis und wird in allen relevanten Leitlinien empfohlen (BÄK et al., 2019; Freund & Lux, 2012; Heckman et al., 2018; KBV, 2009; Mattsson et al., 2014; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz, bei denen eine Echokardiographie durchgeführt wird (Freund & Lux, 2012).

Indikatorvarianten (ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.):

- Proportion of patients with two-dimensional transthoracic echocardiography and Doppler flow measurement with left ventricular function analysis (Pohontsch et al., 2015),
- Proportion of patients who undergo echocardiography ≤ 6 months before or ≤ 7 weekdays after admission or first outpatient contact (Schjødt et al., 2016),
- Assessment of LV function (McKelvie et al., 2016),
- Anteil der Patientinnen bzw. Patienten ab 18 Jahren mit Herzinsuffizienz innerhalb der letzten zwölf Monate, deren linksventrikuläre Pumpfunktion untersucht wurde und deren quantitative oder qualitative Ergebnisse dokumentiert wurden (KBV, 2009).

Qualitätsdimensionen laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist

Dokumentationsverantwortung: Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2015) bzw. Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2006), Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiographie.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Die Untersuchung wird in der Regel von niedergelassenen Kardiologinnen bzw. Kardiologen durchgeführt. Die Überweisung sollte von der patientinnen- bzw. patientenführenden Ärztin bzw. dem patientinnen- bzw. patientenführenden Arzt vorgenommen werden, diese bzw. dieser trägt somit die Prozessverantwortung.

Anmerkungen zur Implementierung: Als mögliche Implementierungsbarriere wird von den Expertinnen bzw. Experten die Compliance der Patientinnen bzw. Patienten bei Überweisung zu weiterführenden diagnostischen Maßnahmen angesehen. Diese ist durch ein Einschreibeverfahren mit Verpflichtung der Patientinnen bzw. Patienten zur Einhaltung der vereinbarten Maßnahmen analog zu den Disease-Management-Programmen in anderen Ländern zu gewährleisten.

Indikator 08-D: Dokumentierte NYHA – Klassifikation bei Erstdiagnose

Beschreibung des Indikators: Anteil der Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Erstdiagnose einer CHI, bei denen die NYHA-Klassifikation dokumentiert wurde.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz,
bei denen die NYHA-Klassifikation dokumentiert wurde
N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Regelmäßige Dokumentation des klinischen Schweregrades, wobei die NYHA-Klasse eindeutig anzugeben ist.

Begründung: Die Einteilung der Herzinsuffizienz in verschiedene Schweregrade ermöglicht es, die Prognose der Patientin bzw. des Patienten abzuschätzen sowie die Behandlung und Verlaufskontrollen dem klinischen Schweregrad entsprechend zu wählen.

Evidenz: Da sich die Zielpopulationen in klinischen Studien und in weiterer Folge auch die Empfehlungen in Leitlinien an der NYHA-Klassifikation orientieren, gilt die Bestimmung der NYHA-Klasse als Grundlage für eine leitliniengerechte Behandlung (BÄK et al., 2019; Freund & Lux, 2012; Heckman et al., 2018; Mattsson et al., 2014; McKelvie et al., 2016; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Indikatorvarianten (ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.):

- Proportion of patients who undergo NYHA functional classification $\leq$ 12 weeks after admission or first outpatient contact (Schjødt et al., 2016).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Wichtig ist, dass die Dokumentation zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DMP in der jeweiligen Versorgungseinrichtung vollständig vorliegt, auch wenn die Einschreibung in dieses erst nach abgeschlossener Diagnostik erfolgen kann.

Anmerkungen zur Implementierung: Die Erhebung und Dokumentation des klinischen Zustandsbildes bei der Erstdiagnose wird von den Expertinnen bzw. Experten als Standard angesehen. Implementierungsbarrieren werden nicht gesehen. Es besteht allerdings das Risiko von Fehleinschätzungen und somit einer Fehlsteuerungen durch eine oberflächliche und unzureichende Anamnese. Auf die Wichtigkeit einer gründlichen krankheitsspezifischen Anamnese sollte im Rahmen von Schulungen der beteiligten Berufsgruppen hingewiesen werden.

Indikator 9-D: Abklärung durch Kardiologin bzw. Kardiologen² im Rahmen der Erstdiagnose

Beschreibung des Indikators: Anteil der Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, die zur weiteren Abklärung an eine Kardiologin bzw. einen Kardiologen überwiesen wurden.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz,
die an eine Kardiologin bzw. einen Kardiologen überwiesen wurden
N Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Untersuchung aller Patientinnen bzw. Patienten mit Erstdiagnose einer CHI bei einer Kardiologin bzw. einem Kardiologen zur weiteren Abklärung.

Begründung: Im Rahmen der Erstdiagnostik einer Herzinsuffizienz sollte eine Überweisung zur Kardiologin bzw. zum Kardiologen erfolgen, um die zugrundeliegende Erkrankung zu diagnostizieren, die Art und das Ausmaß der Herzinsuffizienz zu bestimmen und ggf. Ansätze für eine kausale Therapie zu identifizieren (NICE, 2018).

Evidenz: Die Verbesserung des Zugangs zur spezialisierten Versorgung ist ein explizites Ziel von DMPs. Die weiterführende Diagnostik von Patientinnen bzw. Patienten mit Verdacht auf CHI wird daher in mehreren Leitlinien ausdrücklich empfohlen.

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR B), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientin bzw. Patienten mit Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz, die zur

² Kardiologin bzw. Kardiologe wird hier der Einfachheit halber synonym für Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie bzw. Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie verwendet.

Echokardiographie an eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten überwiesen wurden (Mant et al., 2009). Diagnosis by a specialist (NICE, 2018).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Sicherheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2015) bzw. Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2006).

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Die Untersuchung wird in der Regel von niedergelassenen Kardiologinnen bzw. Kardiologen oder in Krankenhausambulanzen durchgeführt. Die Überweisung sollte von der patientinnen- bzw. patientenführenden Ärztin bzw. dem patientinnen- bzw. patientenführenden Arzt vorgenommen werden, diese bzw. dieser trägt somit die Prozessverantwortung.

Anmerkungen zur Implementierung: Die Überweisung von Patientinnen bzw. Patienten zur Kardiologin bzw. zum Kardiologen im Rahmen der Erstdiagnose wird von den Expertinnen bzw. Experten als wichtig erachtet. Als mögliche Implementationsbarriere wird die Verfügbarkeit von niedergelassenen Kardiologinnen bzw. Kardiologen mit Kassenvertrag gesehen. Von einer Expertin wird daher vorgeschlagen, auch auf niedergelassene Internistinnen bzw. Internisten zurückzugreifen. Je nach regionaler Versorgungssituation könnten daher auch niedergelassenen Internistinnen bzw. Internisten mit Echokardiographie berücksichtigt werden.

Indikator 12-MT: Behandlung mit ACE-Hemmern oder Angiotensinrezeptorblocker (ARB)

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF), die mit einem ACE-Hemmer oder ARB behandelt werden.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF,
die mit einem ACE-Hemmer oder ARB behandelt werden
N Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF

Ausschlusskriterien: Kontraindikation gegen ACE-Hemmer und AT1-Blocker.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Behandlung von allen Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF und ohne Kontraindikation mit einem ACE-Hemmer oder ARB.

Begründung: Sowohl symptomatische als auch asymptomatische Patientinnen bzw. Patienten mit einer nachgewiesenen systolischen Dysfunktion (LVEF < 35–40 %) sollten bei fehlender Kontraindikation einen ACE-Hemmer in schrittweise ansteigender Dosierung erhalten.

ten. Patientinnen bzw. Patienten, die ACE-Hemmer nicht tolerieren, können, wenn asymptomatisch (NYHA I), und sollen, wenn symptomatisch (NYHA II–IV), einen AT1-Blocker erhalten.

Evidenz: Metaanalysen über mehrere randomisiert-kontrollierte Studien belegen unter Therapie mit ACE-Hemmern eine reduzierte Sterblichkeit bei Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz in den Stadien NYHA II–IV. Zudem werden die Krankheitsprogression reduziert, die Hospitalisierungsrate gesenkt sowie die Symptomatik und Belastungstoleranz verbessert. Die Daten zur Mortalität und Morbidität unter AT1- Rezeptorantagonisten gegenüber ACE-Hemmern sind inkonsistent. AT1-Rezeptorantagonisten sollten daher nicht per se als Äquivalent zu ACE-Hemmern in die Therapie aufgenommen werden, sondern stellen eine Alternative dar, wenn ACE-Hemmer nicht toleriert werden (Azad, Lemay, Li, Benzaquen & Khoury, 2016; BÄK et al., 2019; Baudendistel et al., 2015; Cook, Grothaus, Gutierrez, Kehoe & Valentin, 2010; Ezekowitz et al., 2017; Freund & Lux, 2012; Grandin & Jessup, 2015; Hamatani et al., 2020; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2010; Kale, Bishop, Federman & Keyhani, 2013; Laux et al., 2011; Laux, Bauer & Stock, 2014; Mattsson et al., 2014; Mosalpuria et al., 2014; Nothacker, Langer & Weinbrenner, 2011; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019; Zallman, Ma, Xiao & Lasser, 2010).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF), die mit einem ACE-Hemmer oder AT1-Blocker behandelt werden (Freund & Lux, 2012).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel.

Anmerkungen zur Implementierung: Als mögliche Implementationsbarrieren werden die fehlende Verfügbarkeit von Basisuntersuchungen (EKG, Echokardiographie) und fehlendes Wissen der Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner über das korrekte Vorgehen bei der Auftitration zur Erreichung der Zieldosis gesehen. Diese Hindernisse können einerseits durch Schulungen und andererseits durch die Überweisung zum Spezialisten bzw. zur Spezialistin bei Problemen mit der Auftitration (siehe medizinisches Rahmenkonzept) überwunden werden.

Indikator 13-MT: Behandlung mit Betablockern

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen symptomatischen Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF), die mit einem Betablocker behandelt werden.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF,
die mit einem Betablocker behandelt werden
N Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF

Ausschlusskriterien: Kontraindikation gegen Beta-Rezeptorenblocker.

Vorgeschlagener Referenzwert: 85%.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Behandlung von allen symptomatischen Patientinnen bzw. Patienten (NYHA II-IV) mit CHI mit HFrEF und ohne Kontraindikation mit einem Betablocker.

Begründung: Alle symptomatischen Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA II–IV) sollten bei fehlender Kontraindikation mit einem der folgenden Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden: Carvedilol, Bisoprolol oder Metoprololsuccinat. Bei Patientinnen bzw. Patienten über 70 Jahren kann auch Nebivolol gegeben werden. Asymptomatische Patientinnen bzw. Patienten (NYHA I) sollten Beta-Rezeptorenblocker nach einem stattgefundenen Myokardinfarkt erhalten.

Evidenz: Metaanalysen über mehrere randomisiert-kontrollierte Studien belegen unter Therapie mit bestimmten Beta-Rezeptorenblockern (Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol) eine reduzierte Sterblichkeit bei Patientinnen bzw. Patienten der NYHA-Stadien II–IV, bei Patientinnen bzw. Patienten nach Myokardinfarkt auch bei NYHA I. Zudem lässt sich eine Reduktion der Gesamtmortalität, der Krankheitsprogression sowie der Hospitalisierungsrate sowie eine Verbesserung der klinischen Symptome erkennen. Bei älteren Patientinnen bzw. Patienten (> 70 Jahre) mit einer herzinsuffizienzbedingten Hospitalisierung oder einer Ejektionsfraktion (EF) < 35 % konnte darüber hinaus für Nebivolol eine Reduktion des kombinierten Endpunkts aus Sterblichkeit und Krankenhauseinweisung nachgewiesen werden (Azad et al., 2016; BÄK et al., 2019; Freund & Lux, 2012; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2013; Kale et al., 2013; Mattsson et al., 2014; Mosalpuria et al., 2014; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden (Freund & Lux, 2012).

Indikatorvarianten (ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.): Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation, die einen Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Sicherheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel.

Anmerkungen zur Implementierung: Von den Expertinnen bzw. Experten werden keine spezifischen Implementationsbarrieren gesehen. Die grundsätzlichen Anmerkungen zu Qualitätsindikator 12-MT gelten auch hier.

Indikator 14-MT: Behandlung mit ACE-Hemmer oder ARB und Betablocker

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit HFrEF ohne Kontraindikation für Betablocker, die mit einer Kombination von einem ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker behandelt werden.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF, die mit einer Kombination aus
einem ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker behandelt werden
N Patientinnen bzw. Patienten mit HFrEF

Ausschlusskriterien: Kontraindikation gegen ACE-Hemmer/ARB oder Beta-Rezeptorenblocker.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Behandlung von allen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI mit HFrEF und ohne Kontraindikation mit einer Kombination von einem ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker.

Begründung: Erwachsene mit CHI, die eine verminderte Ejektionsfraktion haben, sollten mit Angiotensin-Converting-Enzyme(ACE)-Hemmern und Betablockern behandelt werden. Die Dosis sollte allmählich erhöht werden, bis die angestrebte oder optimal verträgliche Dosis erreicht ist (Mattsson et al., 2014; NICE, 2018). Bei Patientinnen bzw. Patienten, die eine Behandlung mit ACE-Hemmern nicht tolerieren (z. B. aufgrund eines ACE-Hemmer bedingten Hustens), kann der Wechsel auf einen ARB zur Beschwerdebesserung oder zur Beschwerdefreiheit führen. Die Kombination eines ACE-Hemmers mit einem ARB (duale Renin-Angiotensin Aldosteron-System – RAAS-Blockade) wird aufgrund des ungünstigen Nutzen-Schaden-Profiles nicht empfohlen (BÄK et al., 2019).

Evidenz: Für die Betarezeptorenblocker Bisoprolol, Carvedilol und Metoprololsuccinat konnte in RCTs und Metaanalysen eine Senkung der Gesamtsterblichkeit für Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA II-IV), die bereits ACE-Hemmer und Diuretika erhielten, gezeigt werden. Außerdem wurden die kardiovaskuläre Mortalität, die herzinsuffizienzbedingte Mortalität und die Hospitalisierungsrate reduziert (CIBIS-II Investigators

and Committees, 1999; Hjalmarson et al., 2000; Krum, Roecker & Mohacsi, 2003; Packer et al., 2001).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation, die eine Kombination von ACE-Hemmern oder ARB und einem Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des DMP (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

Qualitätsdimensionen laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Angemessenheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel.

Anmerkungen zur Implementierung: Von den Expertinnen bzw. Experten wurden keine spezifischen Implementationsbarrieren genannt. Die grundsätzlichen Anmerkungen zu Qualitätsindikator 12-MT gelten auch hier.

Indikator 18-MT: Behandlung mit oralen Antikoagulantien

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI und Vorhofflimmern, die mit oralen Antikoagulantien behandelt werden.

Berechnung:
$$\frac{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI und Vorhofflimmern, die mit oralen Antikoagulantien behandelt werden}}{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI und Vorhofflimmern}}$$

Ausschlusskriterien: Kontraindikation gegen orale Antikoagulantien.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Zur Verhinderung eines thromboembolischen Ereignisses sollten alle Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern bei fehlenden Kontraindikationen oral antikoaguliert werden.

Begründung: Bei Patientinnen bzw. Patienten mit CHI besteht eine deutlich erhöhte Prävalenz von Vorhofflimmern, wodurch das Risiko thromboembolischer Komplikationen erhöht ist. Eine orale Antikoagulation ist bei Herzinsuffizienz daher indiziert, wenn ein Vorhofflimmern oder andere Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für Thromboembolien, wie der Zustand nach einem mechanischem Herzklappenersatz, intrakavitäre Thromben oder der Zustand einer Lungenarterienembolie oder tiefer Beinvenenthrombose vorliegen.

Evidenz: Belegt ist durch eine Metaanalyse ein vermindertes Schlaganfallrisiko für herzinsuffiziente Patientinnen bzw. Patienten mit Vorhofflimmern unter oraler Antikoagulation. Für Patientinnen bzw. Patienten im Sinusrhythmus gilt dies im Einzelfall bei Vorliegen von intrakavitären Thromben, Ventrikulaneurysmata, thromboembolischen Ereignissen oder höchstgradig reduzierter linksventrikulärer Funktion (BÄK et al., 2019; Ezekowitz et al., 2017; Freund & Lux, 2012; Grandin & Jessup, 2015; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2010). Die gleichzeitige Medikation mit Thrombozytenaggregationshemmern wird nicht empfohlen (Ezekowitz et al., 2017). Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz ohne weitere Indikation zur Blutgerinnungshemmung sollen keine Antikoagulanzen oder Thrombozytenaggregationshemmer erhalten (BÄK et al., 2019; Ponikowski et al., 2016).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I),

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz, die bei Vorhofflimmern mit oralen Antikoagulantien behandelt werden (Freund & Lux, 2012).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel.

Anmerkungen zur Implementierung: Von den Expertinnen bzw. Experten werden keine spezifischen Implementationsbarrieren gesehen.

Indikator 21-MT: Erreichen der Zieldosis oder der maximal tolerierten Dosis

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, die die Zieldosierung oder die maximal tolerierte Dosis von ACE-Hemmern und Betablockern erreichen.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI, die die Zieldosierung oder die maximal tolerierte Dosis von ACE-Hemmern und Betablockern erreichen
N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Hoher Anteil von Patientinnen bzw. Patienten mit erreichter Zieldosierung oder maximal tolerierter Dosis von ACE-Hemmern und Betablockern.

Begründung: Studien haben gezeigt, dass die Mehrzahl der Patientinnen bzw. Patienten mit CHI suboptimale Dosen von ACE-Hemmern oder Betablockern erhält (Maggioni et al., 2013). Eine adäquate pharmakologische Therapie, d.h. eine Verabreichung der entsprechenden Substanzklassen in der notwendigen Dosierung (Zieldosis) ist daher anzustreben (McKelvie et al., 2016). Die Dosierung von ACE-Hemmern und von Betablockern ist bei symptomatischer Hypotonie entsprechend anzupassen, so dass die Behandlung von den Patientinnen bzw. Patienten toleriert wird. Dabei ist zu beachten, dass vor einer Dosisreduktion aufgrund einer symptomatischen Hypotonie zunächst die Dosierung der übrigen blutdrucksenkenden Begleitmedikation reduziert wird (BÄK et al., 2019; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

Evidenz: In mehreren Leitlinien wird als Expertinnen- bzw. Expertenkonsens das Erreichen der Zieldosis oder der maximal tolerierten Dosis von ACE-Hemmern und Betablockern als wichtiges Therapieziel genannt (BÄK et al., 2019; Ezekowitz et al., 2017; McKelvie et al., 2016; Ponikowski et al., 2016; The Canadian Cardiovascular Society, 2019).

Relevante Leitlinien: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Qualitätsdimensionen laut Rahmenkonzept: Patientinnen- bzw. Patientenzentriertheit, Sicherheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel.

Anmerkungen zur Implementierung: Für diesen Indikator wurde zunächst kein Expertinnen- bzw. Expertenkonsens erreicht. Begründet wurde dies überwiegend mit Risiken zur Fehlsteuerung bei ansonsten hoher Übereinstimmung hinsichtlich der Relevanz, Evidenzbasiertheit und Beeinflussbarkeit durch die betreuende Ärztin bzw. den betreuenden Arzt. Die Risiken zur Fehlsteuerung wurden von der Mehrzahl der Expertinnen bzw. Experten nicht spezifiziert. Im Rahmen des internen Reviews wurde allerdings von zahlreichen Expertinnen bzw. Experten auf die Wichtigkeit dieses Qualitätsziels hingewiesen, da hier nach Expertinnen- bzw. Expertenmeinung ein erhebliches Versorgungsdefizit besteht. Dies deckt sich auch mit Daten internationaler Studien (Maggioni et al., 2013). Der Indikator wurde daher in die Indikatorenliste aufgenommen. Implementierungsrisiken liegen im relativ großen Dokumentationsaufwand und in der schwierigen Überprüfung der Zielerreichung, die nur in einem umfassenden Qualitätsaudit erfolgen kann.

Indikator 27-NMT: Schulung zur Überwachung des Gewichts

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen eine Schulung zur Gewichtsmessung und Information über die Notwendigkeit, bei kurzfristigem Gewichtsanstieg die Ärztin bzw. den Arzt zu informieren, durchgeführt wurde.

Berechnung:
$$\frac{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI, die eine Schulung zur Überwachung des Gewichts erhalten haben}}{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI}}$$

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Selbstkompetenz der Patientinnen bzw. Patienten hinsichtlich der Gewichtskontrolle.

Begründung: Den Patientinnen bzw. Patienten soll empfohlen werden, ihr Gewicht täglich zu messen, zu dokumentieren und bei einem unüblichen, kurzfristigen Gewichtsanstieg (> 1 kg über Nacht oder > 2 kg innerhalb von drei Tagen oder > 2,5 kg innerhalb einer Woche) die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt zu informieren.

Evidenz: Trotz fehlender hochwertiger Studien zu diesem Thema herrscht weitgehender Expertinnen- bzw. Expertenkonsens, dass eine regelmäßige Gewichtskontrolle von HI-Patientinnen bzw. -Patienten (z.B. als Selbstmonitoring) positive Effekte auf die Behandlungsqualität hat. Das Gewichtsmonitoring war Teil von Case-Management-Studien, die insgesamt positive Effekte zeigten, sodass eine indirekte Evidenz für den Nutzen dieser Maßnahme besteht. Wichtig erscheint hier jedoch eine Patientinnen- bzw. Patientenschulung, die adäquate Handlungsschemata bei einer raschen Gewichtszunahme vermittelt (BÄK et al., 2019; Baudendistel et al., 2015; Freund & Lux, 2012; Nothacker et al., 2011, 2011; Pohontsch et al., 2015).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I)

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit dokumentierter Beratung zur Gewichtsmessung und Information über die Notwendigkeit, bei kurzfristigem Gewichtsanstieg die Ärztin bzw. den Arzt zu informieren, an allen symptomatischen Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz (Nothacker et al., 2011).

Selbstständige Anpassung der Diuretikadosis: Die Nationale Versorgungsleitlinie zur chronischen Herzinsuffizienz empfiehlt lediglich „*bei symptomatischen Patientinnen bzw. Patienten zu prüfen, ob sie auf Grundlage des Gewichtsprotokolls ihre Diuretikadosis selbstständig anpassen können*“ (BÄK et al., 2019).

Qualitätsdimensionen laut Rahmenkonzept: Patientinnen- bzw. Patientenzentriertheit, Sicherheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel und valide.

Anmerkungen zur Implementierung: Von den Expertinnen bzw. Experten werden keine spezifischen Implementationsbarrieren gesehen.

Indikator 28-NMT: Beratung über Impfungen

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen eine Beratung zur Grippeimpfung sowie zur Impfung gegen Pneumokokken durchgeführt wurde.

Berechnung:
$$\frac{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI, die eine Beratung über Impfungen erhalten haben}}{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI}}$$

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Beratung aller Patientinnen bzw. Patienten mit CHI über empfohlene Impfungen.

Begründung: Respiratorische Infektionen sind ein häufiger Auslöser für Hospitalisierungen von Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz (Alon, Stein, Korenfeld & Fuchs, 2013). Atemwegsinfektionen gehen allerdings häufig mit Dekompensationen einher und sind mit einem signifikant erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert (Opasich et al., 1996).

Evidenz: Retrospektive Subanalysen von RCTs und Kohortenstudien weisen für diese Patientinnen- bzw. Patientengruppe auf positive Effekte einer Gripeschutzimpfung hin (Mohseni, Kiran, Khorshidi & Rahimi, 2017; Vardeny et al., 2016).

Zur Effektivität einer Pneumokokkenimpfung bezüglich ambulant erworbener Pneumonien speziell bei Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz erlaubt die Datenlage keine konkreten Aussagen. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen jedoch übereinstimmend eine aktive Immunisierung gegen Pneumokokken bei älteren Menschen und bei Patientinnen bzw. Patienten mit chronischen Erkrankungen wie einer Herzinsuffizienz (BÄK et al., 2019; Grandin & Jessup, 2015; Heidenreich et al., 2014; NICE, 2018; Smets et al., 2019).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR B), ESC 2016 (GoR II).

Indikatorvarianten (ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz, die eine jährliche Impfung gegen Influenza erhalten. Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz, die eine einmalige Impfung gegen Pneumokokken erhalten (Freund & Lux, 2012).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Sicherheit, Patientinnen- bzw. Patientenzentriertheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel.

Anmerkungen zur Implementierung: Von einzelnen Expertinnen bzw. Experten wird eingewandt, dass manche Patientinnen bzw. Patienten einer Impfung ablehnend gegenüberstehen könnten. Aufgrund der Wichtigkeit einer Impfprophylaxe bei chronischen Krankheiten im Allgemeinen und für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI sollte eine den Leitlinien entsprechende Impfberatung Bestandteil des Disease-Management-Programms sein. Eine Messung der tatsächlichen Impfrate als Qualitätsindikator für die Qualitätssicherung auf Ebene der Gesundheitsdienstleisterin bzw. des Gesundheitsdienstleisters wird aus den oben genannten Gründen nicht empfohlen.

Indikator 32-KV: Kontrolle bei der betreuenden Ärztin bzw. dem betreuenden Arzt alle drei Monate bei stabilen Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Risiko

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens alle drei Monate eine Kontrolle bei ihrer betreuenden Ärztin bzw. ihrem betreuenden Arzt hatten.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko, die mindestens alle drei Monate eine Kontrolle bei ihrer betreuenden Ärztin bzw. ihrem betreuenden Arzt hatten
N Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko

Ausschlusskriterien: Keine.

Vorgeschlagener Referenzwert: 95%.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Regelmäßige Kontrolle bei der betreuenden Ärztin bzw. dem betreuenden Arzt für alle Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko.

Begründung: Patientinnen bzw. Patienten mit CHI profitieren von regelmäßigen Verlaufskontrollen. Regelmäßige hausärztliche Kontrollen erhöhen die Behandlungssicherheit durch Überprüfen der klinischen Stabilität (Ezekowitz et al., 2017; Ponikowski et al., 2016).

Evidenz: Es besteht keine Evidenz zu spezifischen Kontrollintervallen, regelmäßige Kontrollen werden jedoch in einzelnen Leitlinien empfohlen. Das medizinische Rahmenkonzept beschreibt – abhängig von der klinischen Situation und vom Risiko – vier unterschiedliche Behandlungsziele mit entsprechenden Patientinnen- bzw. Patientenpfaden. Behandlungsziel 1 bezieht sich dabei auf stabile Patientinnen bzw. Patienten, deren Medikation sich in der Zieldosis befindet, und die sämtliche der folgenden Kriterien aufweisen: normale Nieren- und Kaliumwerte, RR_{syst.} $\geq$ 90mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen. Bei diesen Patientinnen bzw. Patienten werden Kontrollen bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt zumindest alle drei Monate empfohlen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: CCS 2017 (GoR B).

Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren): Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz, die mindestens einmal in drei Monaten einen Kontakt zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt haben (Freund & Lux, 2012).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Kontinuität der Betreuung.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Die Prozess- und Dokumentationsleistung ist von der Primärbehandlerin bzw. vom Primärbehandler (Ärztin bzw. Arzt, bei der bzw. dem die Patientin bzw. der Patient in das DMP eingeschrieben ist) zu erbringen.

Anmerkungen zur Implementierung: Von einzelnen Expertinnen bzw. Experten wird die regelmäßige Kontrolle von stabilen Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Risiko angesichts knapper Ressourcen als nicht zwingend erforderlich angesehen, eine Expertin sieht im Gegensatz dazu die primäre Betreuung im niedergelassenen fachärztlichen Bereich. Da es sich bei diesem Qualitätsziel um eine direkte Ableitung aus dem medizinischen Rahmenkonzept handelt, das ein an den Erfordernissen der Patientinnen bzw. Patienten und an den Ressourcen des Gesundheitssystems ausgerichtetes, abgestuftes Versorgungskonzept beschreibt, sollte daran dennoch festgehalten werden (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).

Indikator 33-KV: Jährliche Echokardiographie bei stabilen Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Risiko

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens einmal im Jahr eine Echokardiographie erhalten.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko, die mindestens einmal pro Jahr eine Echokardiographie erhalten
N Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Regelmäßige Kontrolle der Myokardfunktion für alle Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko.

Begründung: Eine regelmäßige Überprüfung der Ventrikelfunktion erhöht die Behandlungssicherheit durch Optimierung der Medikamentendosierung und rechtzeitiges Erkennen von Verschlechterungen und Komplikationen (Baudendistel et al., 2015).

Evidenz: Es besteht keine Evidenz zu spezifischen Kontrollintervallen, regelmäßige Kontrollen werden jedoch in einzelnen Leitlinien empfohlen. Das medizinische Rahmenkonzept beschreibt – abhängig von der klinischen Situation und vom Risiko - vier unterschiedliche Behandlungsziele mit entsprechenden Patientinnen- bzw. Patientenpfaden. Behandlungsziel 1 bezieht sich dabei auf stabile Patientinnen bzw. Patienten, deren Medikation sich in der Zieldosis befindet, und die sämtliche der folgenden Kriterien aufweisen: Normale Nieren- und Kaliumwerte, RR syst. $\geq$ 90mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen. Bei diesen Patientinnen bzw. Patienten werden jährliche Echokardiographie-Kontrollen empfohlen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: CCS 2017 (GoR B).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Kontinuität der Betreuung.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2015) bzw. Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2006), Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiographie.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Die Untersuchung wird in der Regel von der niedergelassenen Internistin bzw. dem niedergelassenen Internisten oder der Kardiologin bzw. dem Kardiologen durch-

geführt. Die Überweisung sollte von der Ärztin bzw. vom Arzt, bei der bzw. dem die Patientin bzw. der Patient in das DMP eingeschrieben ist, vorgenommen werden, diese bzw. dieser trägt somit die Prozessverantwortung.

Anmerkungen zur Implementierung: Von einzelnen Expertinnen bzw. Experten vorgebrachte Implementierungsbarrieren betreffen die Verfügbarkeit von echokardiographischen Untersuchungen im niedergelassenen fachärztlichen Bereich (niedergelassene Internistin bzw. niedergelassener Internist, Kardiologinnen bzw. Kardiologen). Als möglicher Lösungsansatz wird die Einrichtung von Schwerpunktordinationen für HI vorgeschlagen.

Indikator 34-KV: Kontrolle bei der Kardiologin bzw. beim Kardiologen alle 12-18 Monate bei stabilen Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Risiko

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens einmal alle 12 bis 18 Monate eine Konsultation bei einer Kardiologin bzw. einem Kardiologen hatten.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko, die mindestens einmal in 18 Monaten eine Konsultation bei der Kardiologin bzw. dem Kardiologen hatten
N Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Regelmäßige fachkardiologische Kontrollen für alle Patientinnen bzw. Patienten mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko.

Begründung: Eine regelmäßige Überprüfung des Behandlungsplans durch einen Spezialisten bzw. eine Spezialistin erhöht die Behandlungssicherheit durch Überprüfung und ggf. Anpassung der Therapie (BÄK et al., 2019).

Evidenz: Allen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI sollten regelmäßige fachkardiologische Verlaufsuntersuchungen angeboten werden. Dies gilt auch für wenig symptomatische bzw. asymptomatische Patientinnen bzw. Patienten mit kardialer Dysfunktion zur Frage nach Verbesserung oder Verschlechterung unter der Therapie. Die Empfehlung stellt einen Expertinnen- bzw. Expertenkonsens dar (BÄK et al., 2019).

Das Medizinische Rahmenkonzept beschreibt – abhängig von der klinischen Situation und vom Risiko – vier unterschiedliche Behandlungsziele mit entsprechenden Patientinnen- bzw. Patientenpfaden. Behandlungsziel 1 bezieht sich dabei auf stabile Patientinnen bzw. Patienten, deren Medikation sich in der Zieldosis befindet, und die sämtliche der folgenden Kriterien aufweisen: normale Nieren- und Kaliumwerte, RRsyst. $\geq$ 90mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen. Bei diesen Patientinnen bzw. Patienten werden kardiologische Kontrollen alle 12 bis 18 Monate empfohlen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).

Relevante Leitlinie und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR B).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Kontinuität der Betreuung.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2015) bzw. Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2006).

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel. Die Untersuchung wird in der Regel von niedergelassenen Kardiologinnen bzw. Kardiologen durchgeführt. Die Überweisung sollte von der Ärztin bzw. dem Arzt, bei der bzw. dem die Patientin bzw. der Patient in das DMP eingeschrieben ist, vorgenommen werden, diese bzw. dieser trägt somit die Prozessverantwortung.

Anmerkungen zur Implementierung: Von einzelnen Expertinnen bzw. Experten angeführte mögliche Implementierungsbarrieren betreffen die ausreichende Verfügbarkeit von niedergelassenen Kardiologinnen bzw. Kardiologen. Analog zum Qualitätsziel 9-D (Abklärung durch Kardiologin bzw. Kardiologen im Rahmen der Erstdiagnose) könnte je nach regionaler Verfügbarkeit auch auf niedergelassene eine Internistin bzw. einen Internist mit entsprechender Erfahrung zurückgegriffen werden.

Indikator 35-KV: Kontrolle bei der Kardiologin bzw. beim Kardiologen mindestens alle 3 Monaten für Patientinnen bzw. Patienten mit hohem Risiko

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI mit hohem Risiko (RR syst. < 90mmHg, eGFR < 50ml/min/1.74m², NT-proBNP >1000 pg/ml, Schleifendiuretikumbedarf mit Äquivalenzdosis ≥ 80mg/d Furosemid), die mindestens einmal in drei Monaten einen Kontrolltermin bei einer Kardiologin bzw. einem Kardiologen wahrnehmen.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit hohem Risiko, die mindestens einmal alle drei Monate eine Kontrolle bei einer Kardiologin bzw. bei einem Kardiologen hatten

N Patientinnen bzw. Patienten mit hohem Risiko

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Engmaschige fachkardiologische Kontrollen für alle Patientinnen bzw. Patienten mit sehr hohem Risiko.

Begründung: Eine regelmäßige Überprüfung des Behandlungsplans durch einen Spezialisten bzw. eine Spezialistin erhöht die Behandlungssicherheit durch rechtzeitiges Erkennen von Verschlechterungen von Symptomen, Befunden oder Prognosemarkern (BÄK et al., 2019).

Evidenz: Allen Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollten regelmäßige fachkardiologische Verlaufsuntersuchungen angeboten werden. Die Empfehlung stellt einen Expertinnen- bzw. Expertenkonsens dar (BÄK et al., 2019).

Das Medizinische Rahmenkonzept beschreibt – abhängig von der klinischen Situation und vom Risiko – vier unterschiedliche Behandlungsziele mit entsprechenden Patientinnen- bzw. Patientenpfaden. Behandlungsziel 3 bezieht sich dabei auf stabile Patientinnen bzw. Patienten, die trotz optimierter Therapie ein hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse aufweisen. Einschlusskriterien: RR_{syst.} < 90 mmHg, eGFR < 50 ml/min/1.74 m², NT-proBNP > 1000 pg/ml, Schleifendiuretikum-bedarf mit Äquivalenzdosis ≥ 80 mg/d Furosemid. Für diese Patientinnen bzw. Patienten werden fachärztliche Kontrollen (niedergelassene Internistin bzw. niedergelassener Internist mit Echokardiographie oder niedergelassene Fachärztin bzw. niedergelassener Facharzt für Kardiologie) alle drei Monate empfohlen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR B).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Kontinuität der Betreuung.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2015) bzw. Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2006).

Anmerkungen zur Messgüte: Die patientinnen- bzw. patientenführende Leistungserbringerin bzw. der patientinnen- bzw. patientenführende Leistungserbringer ist bei diesen Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten in der Regel eine niedergelassene Fachärztin bzw. ein niedergelassener Facharzt für Kardiologie. Bei diesen liegt daher sowohl die Dokumentationsverantwortung als auch die Prozess- bzw. Ergebnisverantwortung.

Anmerkungen zur Implementierung: Von mehreren Expertinnen bzw. Experten angeführte mögliche Implementierungsbarrieren betreffen die ausreichende Verfügbarkeit von niedergelassenen Kardiologinnen bzw. Kardiologen. Angesichts des hohen Risikos dieser Patientinnen- bzw. Patientengruppe erscheint jedoch die Patientinnen- bzw. Patientenführung durch ausgewiesene Spezialistinnen bzw. Spezialisten erforderlich. Je nach verfügbaren Ressourcen und regionaler Ausgestaltung des Programms kann die Betreuung dieser Patientinnen- bzw. Patientengruppe auch in Spezialeinrichtungen (Herzinsuffizienz-Ambulanz in Krankenanstalten) erfolgen.

Indikator 36-KV: Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen von Patientinnen bzw. Patienten mit sehr hohem Risiko

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI mit sehr hohem Risiko (schwere Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz, RR_{syst.} < 85 mmHg, eGFR < 30 ml/min/1,73 m², NT-proBNP > 2000 pg/ml.), die in einer Spezialeinrichtung behandelt werden.

Berechnung: N Patientinnen bzw. Patienten mit sehr hohem Risiko, die in einer Spezial-einrichtung betreut werden

N Patientinnen bzw. Patienten mit sehr hohem Risiko

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Betreuung aller Patientinnen bzw. Patienten mit sehr hohem Risiko in Spezial-einrichtungen.

Begründung: Eine kontinuierliche Betreuung durch Spezialistinnen bzw. Spezialisten erhöht die Behandlungssicherheit durch rechtzeitiges Erkennen von Verschlechterungen des klinischen Zustands und eine entsprechende Anpassung der Therapie.

Evidenz: Allen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI sollten regelmäßige fachkardiologische Verlaufsuntersuchungen angeboten werden. Die Empfehlung stellt einen Expertinnen- bzw. Expertenkonsens dar (BÄK et al., 2019).

Das Medizinische Rahmenkonzept beschreibt – abhängig von der klinischen Situation und vom Risiko – vier unterschiedliche Behandlungsziele mit entsprechenden Patientinnen- bzw. Patientenpfaden. Behandlungsziel 4 bezieht sich dabei auf Patientinnen bzw. Patienten mit sehr hohem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Einschlusskriterien: schwere Symptome und Zeichen der HI, RR_{syst.} < 85 mmHg, eGFR < 30 ml/min/1,73 m², NT-proBNP > 2000 pg/ml. Diese Patientinnen bzw. Patienten sollten hauptsächlich durch HI-Spezialistinnen bzw. -Spezialisten oder in HI-Ambulanzen in enger Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich betreut werden (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR B), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Kontinuität der Betreuung.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Spezialisierte HI-Ambulanz sowie Gesundheitsdienstleisterin bzw. -dienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Spezialisierte HI-Ambulanz.

Anmerkungen zur Messgüte: Die patientinnen- bzw. patientenführende Leistungserbringerin bzw. der patientinnen- bzw. patientenführende Leistungserbringer ist bei diesen Risikopatientinnen bzw. Risikopatienten in der Regel eine Spezialambulanz in Kooperation mit einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt. Da diese Spezial-einrichtung die Patientin bzw. den Patienten regelmäßig betreut, liegt die Prozess- und Dokumentationsverantwortung daher bei ihr. Die Prozess- und Dokumentationsverantwortung für die Ärztin bzw. den Arzt, bei der bzw. dem die Patientin bzw. der Patient in das DMP eingeschrieben ist, besteht in der primären Überweisung an eine Spezialambulanz.

Anmerkungen zur Implementierung: Von mehreren Expertinnen bzw. Experten angeführte mögliche Implementierungsbarrieren betreffen die ausreichende flächendeckende Verfügbarkeit von spezialisierten HI-Ambulanzen. Da diese Versorgungsform für die Hochrisikogruppe jedoch unverzichtbar ist, sollte im Rahmen der Weiterentwicklung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) ein entsprechendes Konzept erarbeitet und umgesetzt werden.

Indikator 37-KV: Regelmäßige NYHA-Klassifikation

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen bei jedem Arztbesuch die NYHA-Klassifikation dokumentiert wird.

Berechnung:
$$\frac{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI, bei denen bei jedem Arztbesuch die NYHA-Klassifikation dokumentiert wird}}{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz}}$$

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Regelmäßige Erhebung und Dokumentation des klinischen Schweregrades bei Patientinnen bzw. Patienten mit CHI.

Begründung: Die Einteilung der HI in klinische Schweregrade ermöglicht es, die Prognose der Patientinnen bzw. Patienten abzuschätzen sowie die Behandlung und Verlaufskontrollen stadiengerecht zu wählen.

Evidenz: Da sich die Zielpopulationen in klinischen Studien und in weiterer Folge auch die Empfehlungen in Leitlinien an der NYHA-Klassifikation orientieren, ist die Bestimmung der NYHA-Klasse Grundlage für eine leitliniengerechte Behandlung (BÄK et al., 2019; Freund & Lux, 2012; KBV, 2009; Mattsson et al., 2014; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019).

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Kontinuität der Betreuung.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel.

Anmerkungen zur Implementierung: Von den Expertinnen bzw. Experten werden keine Implementierungsbarrieren gesehen.

Indikator 38-KV: Regelmäßige Laborkontrollen

Beschreibung des Indikators: Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen mindestens alle sechs Monate wichtige Laborbefunde (Serumelektrolyte, Nierenretentionswerte bzw. damit abgeschätzte GFR) erhoben werden.

Berechnung:
$$\frac{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, bei denen mindestens alle sechs Monate definierte Laborparameter erhoben werden}}{\text{N Patientinnen bzw. Patienten mit CHI}}$$

Ausschlusskriterien: Keine.

Risikoadjustierung: Nein.

Qualitätsziel: Kontinuierliches Monitoring wichtiger Laborparameter bei allen Patientinnen bzw. Patienten mit CHI.

Begründung: Mittels Kontrolle der Elektrolyte (vor allem Natrium und Kalium) sowie der Nierenretentionswerte können medikamenteninduzierte Hyper- und Hypokaliämien erkannt sowie Einschränkungen der Nierenfunktion als typische Folge- bzw. Begleiterkrankung einer HI diagnostiziert werden (BÄK et al., 2019; Baudendistel et al., 2015; Mörtl et al., 2017; Nothacker et al., 2011; Pohontsch et al., 2015).

Evidenz: Die Empfehlung beruht auf einem Expertinnen- bzw. Expertenkonsens und lässt sich in mehreren Leitlinien finden.

Relevante Leitlinien und Empfehlungsgrad: AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Indikatorvarianten (ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.): Assessment of blood chemistry levels: electrolytes, blood urea nitrogen, creatinine (Ezekowitz et al., 2017; Howlett et al., 2010; McKelvie et al., 2016).

Qualitätsdimension laut Rahmenkonzept: Kontinuität der Betreuung, Sicherheit.

Qualitätsdimension nach Donabedian: Prozessqualität.

Prozessverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Dokumentationsverantwortung: Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister, bei der bzw. dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Anmerkungen zur Messgüte: Bei vollständiger und einheitlicher Dokumentation sind die Daten reliabel.

Anmerkungen zur Implementierung: Von den Expertinnen bzw. Experten werden keine wesentlichen Implementierungsbarrieren gesehen.

6. QUALITÄTSORGANISATION

Die regionalen österreichischen Disease-Management-Programme enthalten – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – Elemente der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle (Poelzl et al., 2020). Alle Programme sehen verpflichtende Einführungsveranstaltungen für die beteiligten Stakeholder sowie regelmäßige Schulungen für Ärztinnen bzw. Ärzte und sonstige Berufsgruppen vor. Wiederholte Fallkonferenzen und Qualitätszirkel werden in den meisten dieser angeboten. Im Rahmen der Programmevaluierung werden verschiedene Qualitätsindikatoren erhoben, wobei sich die erhobenen Parameter zwischen den Programmen unterscheiden. In allen außer zweien dieser werden als Indikatoren der Ergebnisqualität auch die Hospitalisierungsrate und die Mortalitätsrate erhoben, um zukünftige Kosten-Nutzen-Analysen zu erlauben. In zwei Programmen werden die Therapieoptimierung und die Therapieadhärenz der Patientinnen bzw. Patienten überprüft. Ein Programm übermittelt der Fördergeberin bzw. dem Fördergeber jährlich Qualitätsdaten, während die DMP in Niederösterreich und Tirol einer jährlichen externen Kontrolle unterliegen. Ein Qualitätsmanagement-System für ein DMP muss jedoch Strukturen und Prozesse einer systematischen und kontinuierlichen Qualitätssicherung nicht nur auf Programmebene, sondern auch auf Ebene der beteiligten GDL etablieren, um eine kontinuierliche Überwachung und Entwicklung der Versorgungsqualität bei allen Vertragspartnerinnen bzw. Vertragspartnern zu gewährleisten. Als Beispiel sei die Organisation der DMPs in Deutschland genannt, die in der DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL festgelegt ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

6.1. Abdeckung der indikatorrelevanten Leistungen

Die Umsetzung von Qualitätssicherungsprogrammen kann durch deren Kosten erheblich behindert werden. Anbieterinnen bzw. Anbieter und Organisationen, die in der Umsetzung von Richtlinien tendenziell weniger kohärent sind und daher besonders von entsprechenden Qualitätssicherungsinitiativen profitieren könnten, sind paradoxerweise weniger gewillt, diese zu implementieren (Maggioni et al., 2013). Dementsprechend wichtig ist es, die Finanzierung der durch die Qualitätsindikatoren evaluierten medizinischen Leistungen und Angebote an die Patientinnen bzw. Patienten durch die Kostenträgerinnen bzw. Kostenträger zu sichern. Wie aus nachstehender Tabelle 6 ersichtlich wird, werden nur bei 15 von 20 Qualitätsindikatoren die relevanten Leistungen durch die (allgemeinmedizinische) Honorarordnung abgedeckt. Darüber hinaus sollte der Mehraufwand für die Steuerung der Versorgungsprozesse (Funktion des Case Managers) zusätzlich honoriert werden. Entsprechende Möglichkeiten werden in Abschnitt 6.6 diskutiert. Weitere Details dazu sind im Teilkonzept „Empfehlungen für ein Vergütungsmodell“ zu untersuchen und zu beschreiben.

Tabelle 6: Derzeitiger Stand der Abdeckung der für die ausgewählten Qualitätsindikatoren relevanten Leistungen durch die allgemeinmedizinische Honorarordnung

Qualitätsindikator	Durch Honorarordnung (Allgemeinmedizin ÖGK) abgedeckt
02-D Spezifische körperliche Untersuchung im Rahmen der Erstabklärung	Ja
03-D Dokumentierte Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung	Nein
04-D Elektrokardiographie im Rahmen der Erstabklärung	Ja
05-D Echokardiographie im Rahmen der Erstabklärung	Ja
08-D Dokumentierte NYHA-Klassifikation bei Erstdiagnose	Nein
09-D Abklärung durch Kardiologen	Ja
12-MT Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB	Ja
13-MT Behandlung mit Betablockern	Ja
14-MT Behandlung mit ACE-Hemmern oder ARB und Betablockern	Ja
18-MT Behandlung mit Antikoagulantien	Ja
21-MT Erreichen der Zieldosis oder maximal tolerierten Dosis	Ja
27-NMT Schulung zur Überwachung des Gewichts	Nein
28-NMT Beratung über Impfungen	Nein
32-KV Kontrolle beim betreuenden Arzt alle 3 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	Ja
33-KV Jährliche Echokardiographie bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	Ja
34-KV Kontrolle beim Kardiologen alle 12-18 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	Ja
35-KV Kontrolle beim Kardiologen mindestens alle 3 Monaten bei Patienten mit hohem Risiko	Ja
36-KV Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen bei Patienten mit sehr hohem Risiko	Ja
37-KV Regelmäßige NYHA-Klassifikation	Nein
38-KV Regelmäßige Laborkontrollen	Ja

6.2. Datenmanagement und Informationssysteme

Mit der fortschreitenden Digitalisierung von Versorgungsprozessen und supportiven Prozessen im Gesundheitswesen wird auch eine umfassende Digitalisierung der Dokumentation und des Datenaustausches für sektorenübergreifende strukturierte Versorgungsprogramme und deren Qualitätssicherung möglich. Die Erhebung von qualitätsrelevanten Daten kann mit ausreichender Reliabilität und vertretbarem Aufwand nur dann gewährleistet werden, wenn redundante Dokumentationen weitgehend vermieden werden und die notwendigen Datenflüsse sowie die Speicherung und Verknüpfung der Daten so gestaltet wird, dass – bei Wahrung der Erfordernisse der Datensicherheit – Auswertungen auf Programm- und Gesundheitsdienstleistungsebene kontinuierlich und umfassend möglich sind. In diesem Abschnitt sollen die Grundprinzipien des für die Qualitätssicherung erforderlichen Datenmanagements kurz skizziert werden. Details dazu finden sich in einem eigenen Teilkonzept „Organisations- und Datenmanagement“. Für die Qualitätssicherung ist es nötig, die dokumentierenden GDL (siehe Abschnitt 5.1) durch eine entsprechende Schnittstelle an ein programmspezifisches Datenverarbeitungssystem anzubinden. Herausforderungen bestehen dabei in Hinblick auf die derzeitigen Dokumentationssysteme insbesondere in der

extramuralen Versorgung. Intramural kann auf ICD-10-Kodierungen und Kodierungen von medizinischen Leistungen (MEL) zurückgegriffen werden, wobei auch hier die Verknüpfung zu einzelnen Behandlungsfällen gerade bei chronisch erkrankten Patientinnen bzw. Patienten, die in unterschiedlichen Abteilungen Leistungen erhalten, nicht immer einfach möglich ist.

Im niedergelassenen Bereich werden in den meisten Fällen nur Abrechnungsdaten bzw. Heilmittelverordnungen dokumentiert, lediglich in den Primärversorgungseinheiten (PVE) erfolgt zum Großteil schon systematisch die IPC-2 Codierung, sodass langfristig auch auf Routinedaten zugegriffen werden könnte. Derzeit kann jedoch auf eine DMP-spezifische Dokumentation durch die Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte nicht verzichtet werden. Ein weiteres Problem stellt die Verknüpfung von Daten des ambulanten und stationären Sektors dar. Im letzten Finanzausgleich wurde im Gesundheitswesen zwar eine gemeinsame Datenbasis vereinbart, diese wurde bisher jedoch noch nicht realisiert, weshalb die Nutzung von sektorenübergreifenden Daten für jedes Versorgungsprogramm spezifisch aufgebaut werden muss (z.B. Stroke Card, Integrierte Versorgung Schlaganfall). Für die Organisation des DMP wird daher die Entwicklung eines anwendungsspezifischen standardisierten Dokumentationssystems in elektronischer Form empfohlen, das im Sinne eines DMP-Data-Warehouses struktur-, leistungs-, patientinnen- bzw. patienten- und diagnosebezogene Informationen zusammenführt. Das DMP-Data-Warehouse wird über die entsprechenden Schnittstellen zu den einzelnen dokumentationsverantwortlichen GDL (DMP-Dokumentation) und aus den Routinedaten des Gesundheitswesens (LKF, IPC-2, Abrechnungsdaten der Sozialversicherung) befüllt. Die Daten können zum einen im Administrationssystem des Programms genutzt werden, zum anderen können die pseudonymisierten Daten aber auch zur Programmevaluation sowie zur Qualitätssicherung auf Ebene der einzelnen GDL verwendet werden. Auf Grundlage der administrativen Daten kann auch ein Einladungs- und Erinnerungssystem etabliert werden, das die teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten an Kontrolltermine erinnert und auf Schulungen und relevante Veranstaltungen hinweist.

Für die Speicherung und Verarbeitung der Daten im Rahmen der Qualitätssicherung ist eine Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten in pseudonymisierter Form unter Beachtung der entsprechenden Regelungen laut Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie die Einholung einer Einwilligung der Patientinnen bzw. Patienten erforderlich.

Abbildung 3 zeigt eine schematische Darstellung der Grundfunktionen des Data-Warehouses und der für die Qualitätssicherung benötigten Datenströme.

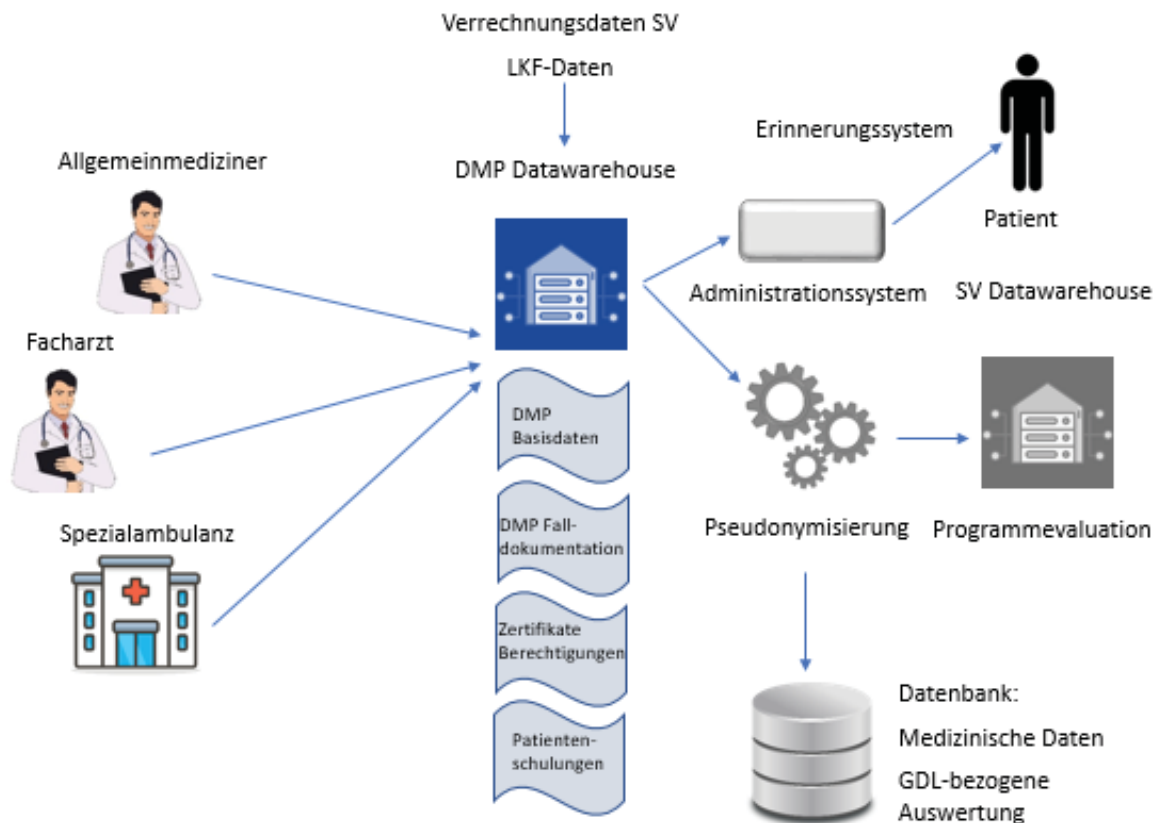


Abbildung 3: Datenströme im Disease-Management-Programm

6.3. Strukturqualität

Strukturqualität stellt in der Qualitätstriade nach Donabedian die Grundvoraussetzung für die Leistungserbringung dar und umfasst neben personellen Voraussetzungen, technischen und räumlichen Gegebenheiten auch die Teilnahme der Mitarbeiterinnen bzw. -Mitarbeiter an spezifischen Schulungen, KVP-Prozessen und u.Ä.

Wie bereits bei der Beschreibung der Qualitätsziele (vgl. Kapitel 5) angeführt, wird der Ansatz einer vertraglichen Vereinbarung der Erfüllung von Strukturqualitätskriterien für ein österreichweites DM(P) CHI empfohlen. Die Strukturfordernisse können sich dabei an den durch die kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu deutschen DMP festgelegten arzt- und betriebsstättenbezogenen Anforderungen orientieren (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; KBV, 2019).

Arztbezogene Anforderungen	Betriebsstättenbezogene Anforderungen
• Fachliche Qualifikation: • Zeugnis/Bescheinigung, • Kolloquium, • Präparatebezogene Prüfung, • Fallsammlungsprüfung, • Vorlage von Dokumentationen, • Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen und -kursen.	• Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen: • Schriftliche Nachweise/Erklärungen • Kooperationsvereinbarungen, Gewährleistungserklärungen, • Baupläne, Hygienepläne, Praxisbegehungen • Fachliche Befähigung der Mitarbeiter: • Aus- und Fortbildungsnachweise, • Kooperationsbescheinigungen.

Abbildung 4: Arzt- und betriebsstättenbezogene Anforderungen zur Zulassung als Vertragspartnerin bzw. Vertragspartner in einem DMP (KBV, 2019)

Nach erfolgter Zulassung als Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer in einem der deutschen DMP unterliegen diese vertraglich geregelten Auflageprüfungen, die z.B. stichprobenartige Einzelfallprüfungen, Hygieneprüfungen, die Durchführung von Qualitätszirkeln, Wartungsnachweise oder die Teilnahme an Fallkonferenzen umfassen können. Rechtliche Rahmenbedingungen zu verpflichtenden Fortbildungen und einem Qualitätsmanagement sind in den §95d bzw. §135a Abs.2 des SGB V geregelt (KBV, 2019).

Für den Nachweis der erforderlichen Strukturkriterien lässt sich aus der Beitrittserklärung zum steirischen DMP „Therapie Aktiv“ heranziehen. Bei analoger Umlegung auf ein DM(P) CHI müssten die Antragsteller

- An einer Einführungsveranstaltung teilgenommen haben,
- Im Sinne der Strukturkriterien (personelle Voraussetzungen) jeweils zwei Stunden krankheitsspezifischer Fortbildungen pro Jahr in den auf die Grundschulung folgenden drei Jahren absolvieren,
- Nachweisen, dass alle Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, bei denen es medizinisch/fachlich geboten ist, über eine entsprechende spezifische Ausbildung verfügen und, wenn diese Geräte bedienen, auf deren Anwendung geschult sind,
- Sicherstellen, dass die Grundausrüstung zur allgemeinmedizinischen bzw. fachspezifisch-medizinischen Versorgung entsprechend dem angebotenen Leistungsspektrum vorhanden ist – Vorzuhalten wären mindestens die Ausrüstung zur Blutdruckmessung, die Möglichkeit zur venösen Blutabnahme, ein 12-Kanal-EKG, ein Notfallkoffer sowie eine Auswahl kardiologischer Medikamente in ausreichender Menge (Therapie Aktiv - Diabetes im Griff, o.D.).

Diese Anforderungen sind jedoch lediglich als Vorschlag zu verstehen und müssten vor der Implementierung des DMPs spezifiziert und gegebenenfalls erweitert werden.

6.4. Strukturen und Prozesse im Qualitätsmanagement

Für die Sicherstellung der Qualität in jedem System, so auch in einem DMP müssen Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten festgelegt werden. Ein nachhaltiges Qualitätsmanagement wird dabei durch die Programmleitung verantwortet. Ihr obliegen die Budgetkontrolle und die Ergebnisverantwortung für das DMP. Sie initiiert und koordiniert

die Anpassung der Qualitätsstrategie und entscheidet über die Zulassung von GDL zum Programm.

Im Sinne der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung durch die Überprüfung und Adaption der Zielbereiche empfiehlt sich ein Expertinnen- bzw. Expertengremium zur Evaluation der Programmdaten auf Grundlage der definierten Qualitätsziele und der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz. Dazu zählen auch die Überprüfung und ggf. die Adaptierung der Qualitätsindikatoren, die räumliche Festlegung von Zielwerten sowie die Risikoadjustierung bei der Festlegung der Zielbereiche der Qualitätsindikatoren. Weitere Aufgaben des Expertinnen- bzw. Expertengremiums stellen die Organisation von Qualitätsaudits und die Verfassung des jährlichen Qualitätsberichts dar. Für die Verfassung des in größeren Zeitintervallen zu erstellenden Evaluierungsberichts kann es sich externer Expertinnen bzw. Experten oder Organisationen bedienen.

Durch die Organisation des Datenmanagements sind die in Abschnitt 6.2 beschriebenen Datenströme und Funktionalitäten der informationstechnologischen Infrastruktur zu gewährleisten. Die kontinuierliche Evaluation der teilnehmenden GDL entsprechend der durch das Expertinnen- bzw. Expertengremium definierten und von der Programmleitung freigegebenen Zielvorgaben erfolgt durch die programminterne Qualitätssicherung in jährlichen Intervallen. Durch das Verfassen von Feedbackberichten, die an die GDL gerichtet sind, können diese die Qualität des DMP operativ weiterentwickeln. Zur stichprobenartigen Überprüfung der Korrektheit der Dokumentation und zur Vereinbarung von einrichtungsspezifischen qualitätsverbessernden Maßnahmen werden Qualitätsaudits durch interne (Mitglieder des Expertinnen- bzw. Expertengremiums) und externe Expertinnen bzw. Experten empfohlen.

Abbildung 5 stellt schematisch die Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements für ein Disease-Management-Programm für CHI dar.



Abbildung 5: Aufbau- und Ablauforganisation im Qualitätsmanagement

6.5. Gesetzliche und vertragliche Grundlagen für Disease-Management-Programme in Österreich

Disease-Management-Programme sind in der österreichischen Versorgungslandschaft relativ junge Entwicklungen und waren lange Zeit im Rahmen des traditionellen Einzelfall- und einzelabrechnungsbasierten Systems nicht vorgesehen. Gesetzlich und politisch sind derartige Programme in Österreich nur indirekt zu finden (z.B. als reine Aufzählung in Art. 6 des Bundesgesetzes über Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens). Allerdings wird im aktuellen Regierungsprogramm der Bundesregierung auf die Notwendigkeit des Ausbaus solcher Programme stark hingewiesen.

In einer aktuellen Recherche bei den einzelnen Gesundheits- und Krankenkassen wie auch eine Durchsicht der Honorarordnungen konnten nur wenige in die Regelversorgung übernommene Disease-Management-Programme erfasst werden. Meist wurden diese integrierten Versorgungsprogramme außerhalb der Standardfinanzierung und -regelung als sogenannte ‚Reformpoolprojekte‘ initiiert, keines davon ist dabei länger als seit zehn Jahren im Regelbetrieb. Das ab dem Jahr 2011 eingeführte Programm für Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv“ stellt das erste in den Regelbetrieb übernommene DMP dar, das über Zusatzverträge der Honorarordnung mit festgelegten Qualitätszielen und Dokumentationsanforderungen ausgestattet ist.

dernissen eingeführt wurde, dar. Als Beispiel sei hier auf die Vertragsbestandteile der Steiermark hingewiesen (<https://www.aekstmk.or.at/436>, 25.10.2020), die in vergleichbarer Form in jedem Bundesland zu finden sind.

Aufgrund der Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen in Österreich und international kann empfohlen werden, Selektivverträge mit den patientinnen- bzw. patientenführenden niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten abzuschließen, da in der aktuellen Vertragssituation weder die Funktion des Case Managers, noch zeitaufwändige, jedoch für die Qualität der Betreuung chronisch kranker Patientinnen bzw. Patienten essentielle Leistungen honoriert werden. Die Grundlage für eine DMP-konforme Leistungsvergütung kann in der aktuellen gesetzlichen und vertraglichen Lage nur durch Zusatzvereinbarungen zur Honorarordnung zwischen Gesundheits- und Krankenkassen und Ärztekammern gelegt werden. Organisatorisch wäre dies durch ein vertragliches Beitrittssystem der GDL auf der einen und ein Einschreibesystem für geeignete Patientinnen bzw. Patienten auf der anderen Seite zu realisieren.

Als Beispiel für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung kann die Beitritts-erklärung zum DMP „Therapie Aktiv“ herangezogen werden, in der die verlangten Strukturqualitätskriterien (Schulungen, Materialien, Gerätschaften) und Dokumentationspflichten festgelegt werden (Therapie Aktiv - Diabetes im Griff, o.D.). Neben den einzelnen Stufen des Monitorings und der Behandlung existiert auch eine Sondervereinbarung über die Schulung der eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten.

7. EMPFEHLUNGEN AN DIE AUFTRAGGEBERINNEN BZW. AUFTRAGGEBER

Das vorliegende Teilkonzept umfasst die wesentlichen Komponenten eines Qualitätsmanagement-Systems für ein österreichweites DM(P) für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI. Das Konzept wurde als Rahmenkonzept erstellt, um einerseits unterschiedliche regionale Gegebenheiten in der österreichischen Versorgungslandschaft berücksichtigen und andererseits Adaptierungen an noch zu definierende Voraussetzungen in der Organisationsstruktur sowie im Datenmanagement vornehmen zu können. Darüber hinaus ist ein Qualitätsmanagement immer als dynamischer Prozess zu sehen, in dem kontinuierliche Anpassungen und Entwicklungen notwendig sind (Deming, 1982). Aus diesem Grund wurde besonders Wert auf ein umfassendes und in seiner Entwicklung gut nachvollziehbares Qualitätsmodell mit klar definierten Qualitätsdimensionen, Qualitätsaspekten und Qualitätszielen gelegt, da dieses eine stabile Grundlage für den genannten kontinuierlichen Entwicklungsprozess darstellen soll. Aspekte des Risikomanagements wurden in das Qualitätsmanagement integriert, ohne dafür eigene Organisationsstrukturen und Prozesse vorzusehen. Das Konzept ist nach den bestehenden Strukturen des österreichischen Gesundheitssystems ausgerichtet, verweist jedoch auch auf Implementationsbarrieren und notwendig erscheinende Verbesserungen.

Die gewählte Beschreibung eines Qualitätsmanagement-Systems als Rahmenkonzept ermöglicht auch die modulare Anbindung von bestehenden regionalen Programmen die sich durchwegs auf die Transitionsphase nach akutstationärer Behandlung konzentrieren, während das Gesamtkonzept für ein österreichweites Disease-Management in der Zielpopulation wesentlich umfassender ist und vorwiegend primärversorgungsbasiert konzipiert wurde (Poelzl et al., 2020) (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). Ebenso gilt dies

für telemedizinische Komponenten, die im Rahmen der vorgesehenen Behandlungspfade physische Visiten ergänzen oder ersetzen können (Flodgren, Rachas, Farmer, Inzitari & Shepperd, 2015).

Im Einzelnen werden für die Komponenten des Qualitäts- und Risikomanagements folgende Empfehlungen ausgesprochen:

1. Die Qualitätsaspekte des österreichweiten Disease-Management-Programms sind allgemeingültig formuliert und decken alle wesentlichen Qualitätsdimensionen ab. Die Qualitätsziele sowie die zugehörigen Indikatoren mussten aus Gründen der Praktikabilität auf zwanzig reduziert werden. Dabei handelt es sich jedoch um deutlich mehr Indikatoren als in anderen Indikatorsystemen (AOK-Bundesverband, AQUA & QISA, 2010; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Dennoch konnten nicht alle Aspekte einer qualitätsvollen Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI mit einem eigenen Indikator abgedeckt werden. Die finale Liste der Indikatoren stellt somit das Ergebnis eines Auswahlprozesses dar, der zwar anhand definierter Kriterien erfolgte, jedoch unvermeidlich auch die persönliche Einschätzung der beteiligten Expertinnen bzw. Experten widerspiegelt. Darüber hinaus beruht er auf dem gegenwärtigen Stand der Evidenz, der sich ständig weiterentwickelt.

Es wird daher empfohlen, vor der Implementierung des Programms die Auswahl der Qualitätsziele und -indikatoren in einem strukturierten Prozess durch Expertinnen bzw. Experten zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Als Grundlage dafür können das beigefügte Indikatorenregister und das Qualitätsmodell dienen.

2. Die Qualitätsziele und -indikatoren beziehen sich ausschließlich auf Qualitätsaspekte, die die Qualität der Behandlungsprozesse – also die Prozessqualität – betreffen. Dies lässt sich damit erklären, dass diese Aspekte von den GDL direkt beeinflusst werden können und im Verlauf des Behandlungsprozesses kontinuierlich erfasst werden müssen. Ergebnisqualitätsindikatoren sind zwar von großer Bedeutung für die Beurteilung des Outcomes einer Intervention, sie sind jedoch von den GDL – welche jeweils nur ein Glied zahlreicher Akteurinnen bzw. Akteure innerhalb einer Behandlungskette darstellen – nur teilweise beeinflussbar und diesen daher auch nicht eindeutig zuordenbar.

Es wird daher empfohlen, Ergebnisqualitätsindikatoren wie Mortalitäts- und Hospitalisierungsraten im Rahmen der Evaluierung auf Ebene des Gesamtprogramms und nicht auf jener der einzelnen GDL zu messen.

3. Die Erfüllung von Strukturqualitätskriterien – z.B. die apparative und personelle Ausstattung der beteiligten GDL betreffend – kann leichter als durch die Erhebung von Indikatoren durch die vertragliche Vereinbarung von Zugangskriterien gewährleistet werden. Ebenso kann die Absolvierung vorgeschriebener Fortbildungen für alle Berufsgruppen durch ein Zertifizierungssystem besser dokumentiert und überprüft werden.

Es wird daher empfohlen, Strukturqualitätskriterien und Fortbildungserfordernisse durch ein Zertifizierungssystem und nicht durch die datenbasierte Qualitätssicherung abzudecken.

4. Bei der Beschreibung der Qualitätsindikatoren wurde zwar das Messverfahren genau beschrieben, es wurde jedoch darauf verzichtet, Zielwerte zu empfehlen. Der geforderte

Erfüllungsgrad von Qualitätsanforderungen sollte sich an der aktuellen Versorgungssituation orientieren. Diese kann auf Grundlage der Programmevaluierung sowie der Qualitätssicherung der beteiligten GDL abgeschätzt werden. Darüber hinaus müssen Zielwerte im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses regelmäßig (in der Regel jährlich) überprüft und angepasst werden (Deming, 1982).

Wir empfehlen daher, die Zielwerte für den Erfüllungsgrad von Qualitätsanforderungen auf der Grundlage der beobachteten Entwicklung durch ein Expertinnen- bzw. Expertengremium festzulegen und kontinuierlich anzupassen.

5. Bei der Organisation des Qualitätsmanagements sind die im österreichischen Gesundheitssystem geltenden Strukturen und gesetzlichen Regelungen sowie die unterschiedlichen Datenquellen und Dokumentationsstandards zu beachten. So können aus dem intramuralen Bereich Routinedaten verwendet werden, im niedergelassenen Bereich sind diese derzeit für die Qualitätssicherung der beschriebenen Qualitätsziele jedoch noch nicht verwendbar. Die Dokumentation muss daher gegenwärtig überwiegend spezifisch für die Qualitätssicherung erfolgen, wobei jedoch darauf zu achten ist, dass zumindest die Datenübermittlung elektronisch erfolgen kann. Darüber hinaus sollten sämtliche für die Administration und den operativen Betrieb des Programms erforderlichen Daten in einer gemeinsamen Datenbank gespeichert und verarbeitet werden.

Wir empfehlen daher den Aufbau eines DMP-Data-Warehouse mit elektronischer Anbindung aller dokumentationspflichtigen Akteurinnen bzw. Akteuren im Programm. Beim Aufbau der Dateninfrastruktur sollte darauf geachtet werden, den spezifischen Anforderungen an eine kontinuierliche Qualitätssicherung und Programmevaluierung Rechnung zu tragen.

6. Die Aufbau- und Ablauforganisation müssen die Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Qualitätsmanagement auf Grundlage klarer Festlegungen abbilden und die Akteurinnen bzw. Akteure bei ihren Aufgaben bestmöglich unterstützen. Neben der Programmleitung und spezifischen Organisationseinheiten für das Datenmanagement, das Einladungssystem und die operative Qualitätssicherung kommt einem beständigen Expertinnen- bzw. Expertengremium, mit der Verantwortung für die strategische Qualitätsentwicklung, besondere Bedeutung zu.

Wir empfehlen daher den Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems mit klarer Festlegung der Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten auf Grundlage einer von der obersten Leitung festgelegten Qualitätsstrategie.

7. Die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen im Österreichischen Gesundheitssystem sind für strukturierte Behandlungsprogramme nur bedingt geeignet. Die Grundlage für eine DMP-konforme Leistungsvergütung kann in der aktuellen gesetzlichen und vertraglichen Situation nur durch Zusatzvereinbarungen zur Honorarordnung zwischen Gesundheits- und Krankenkassen sowie der Ärztekammer erreicht werden.

Wir empfehlen daher, das DMP in Form eines an vertraglich festgelegte Voraussetzungen gebundenen Beitrittssystems für GDL mittels selektivvertraglicher Vergütungsregelung und eines Einschreibesystems für die Patientinnen bzw. Patienten zu realisieren.

8. VERZEICHNISSE

8.1. Literaturverzeichnis

- Ahluwalia, S. C., Damberg, C. L., Silverman, M., Motala, A. & Shekelle, P. G. (2017). What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43(9), 450–459. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.03.010>
- Aktionsbündnis Patientensicherheit. (2016). *Anforderung an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus. Handlungsempfehlung*. Zugriff am 02.08.2021. Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/HE_Risikomanagement-1.pdf
- Albuquerque, D. C. d., Neto, J. D. d. S., Bacal, F., Rohde, L. E. P., Bernardes-Pereira, S., Berwanger, O. et al. (2015). I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 104(6), 433–442. <https://doi.org/10.5935/abc.20150031>
- Alon, D., Stein, G. Y., Korenfeld, R. & Fuchs, S. (2013). Predictors and outcomes of infection-related hospital admissions of heart failure patients. *PloS One*, 8(8), e72476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072476>
- AOK-Bundesverband, AQUA & QISA. (2010). Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung / Band C8: Herzinsuffizienz, Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 104(1), 57.
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J. & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18 Suppl 1, 5–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2009). *Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF. Qualitätsindikatoren - Manual für Autoren*. äzq Schriftenreihe Band 36. Neukirchen: Make a Book.
- Azad, N., Lemay, G., Li, J., Benzaquen, M. & Khoury, L. (2016). Perspectives from Geriatric In-patients with Heart Failure, and their Caregivers, on Gaps in Care Quality. *Canadian Geriatrics Journal*, 19(4), 195–201. <https://doi.org/10.5770/cgj.19.257>
- BÄK, KBV & AWMF. (2019). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung* (3. Auflage, Version 1) (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hrsg.). Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2019-10_01.pdf <https://doi.org/10.6101/AZQ/000465>
- Baudendistel, I., Noest, S., Peters-Klimm, F., Herzberg, H., Scherer, M., Blozik, E. et al. (2015). Bridging the gap between patient needs and quality indicators: a qualitative study with chronic heart failure patients. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1397–1405. <https://doi.org/10.2147/PPA.S83850>
- Berger, R., Moertl, D., Peter, S., Ahmadi, R., Huelsmann, M., Yamuti, S. et al. (2010). N-terminal pro-B-type natriuretic peptide-guided, intensive patient management in addition to multidisciplinary care in chronic heart failure a 3-arm, prospective, randomized pilot study. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(7), 645–653. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2009.08.078>
- BMSGPK. (o.D.). *Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit für die Jahre 2017 bis 2021*. Zugriff am 14.03.2022. Verfügbar unter: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html)

- Campbell, S.M., Roland, M.O. & Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- The Canadian Cardiovascular Society. (2019). *The Canadian Cardiovascular Society Quality Indicators E-Catalogue for Heart Failure*. Ottawa. Zugriff am 12.08.2021. Verfügbar unter: https://ccs.ca/app/uploads/2020/12/HF_QIs_2019_update_final.pdf
- CIBIS-II Investigators and Committees. (1999). The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. *Lancet*, 353(9146), 9–13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)11181-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)11181-9)
- Cleland, J. G. F., Daubert, J.-C., Erdmann, E., Freemantle, N., Gras, D., Kappenberger, L. et al. (2005). The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *New England Journal of Medicine*, 352(15), 1539–1549. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa050496>
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C: National Academy Press. Accessed 16.03.2020. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
- Cook, A., Grothaus, C. T., Gutierrez, C. E., Kehoe, K. A. & Valentin, M. R. (2010). Closing The Gap “Disparity In Native Hawaiian Cardiac Care”. *Hawaii medical journal*, 69(5 Suppl 2), 7–10. Zugriff am 26.03.2020. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/51443512_Closing_The_Gap_Disparity_In_Native_Hawaiian_Cardiac_Care
- Dalteg, T., Benzein, E., Fridlund, B. & Malm, D. (2011). Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: a systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(3), 140–149. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.01.006>
- Deming, W. E. (1982). *Quality, productivity, and competitive position*. Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166–206. <https://doi.org/10.2307/3348969>
- Ezekowitz, J. A., O'Meara, E., McDonald, M. A., Abrams, H., Chan, M., Ducharme, A. et al. (2017). 2017 Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. *The Canadian Journal of Cardiology*, 33(11), 1342–1433. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.08.022>
- Feltner, C., Jones, C. D., Cené, C. W., Zheng, Z.-J., Sueta, C. A., Coker-Schwimmer, E. J. L. et al. (2014). Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure. A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 160(11), 774–784. <https://doi.org/10.7326/M14-0083>
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (Hrsg.). (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington (DC). <https://doi.org/10.17226/1626>
- Floodgren, G., Rachas, A., Farmer, A. J., Inzitari, M. & Shepperd, S. (2015). Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD002098. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2>
- Flotta, D., Rizza, P., Coscarelli, P., Pileggi, C., Nobile, C. G. A. & Pavia, M. (2012). Appraising hospital performance by using the JCHAO/CMS quality measures in Southern Italy. *PLoS One*, 7(11), e48923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048923>

- Freund, T. & Lux, M. (2012). *Herzinsuffizienz. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz* (Erstauflage). Band C8. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Fu, R., Xiang, J., Bao, H., Wang, Z., Wang, Y., Chen, Y. et al. (2015). Association between process indicators and in-hospital mortality among patients with chronic heart failure in China. *European Journal of Public Health*, 25(3), 373–378. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku187>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)*. Zugriff am 20.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>
- Gheorghiade, M., Vaduganathan, M., Fonarow, G. C. & Bonow, R. O. (2013). Rehospitalization for heart failure. Problems and perspectives. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(4), 391–403. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.09.038>
- Gramsch, E., Hoppe, J. D., Jonitz, G., Köhler, A. & Ollenschläger, G. (2008). *Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung* (3. Auflage). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Grandin, E. W. & Jessup, M. (2015). Rethinking the Focus of Heart Failure Quality Measures. *Circulation*, 132(14), 1307–1310. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018692>
- Hamatani, Y., Takada, Y., Miyamoto, Y., Kawano, Y., Anchi, Y., Shibata, T. et al. (2020). Development and Practical Test of Quality Indicators for Palliative Care in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation Journal: Official Journal of the Japanese Circulation Society*, 84, 584–591. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0225>
- Heckman, G. A., Shamji, A. K., Ladha, R., Stapleton, J., Boscart, V., Boxer, R. S. et al. (2018). Heart Failure Management in Nursing Homes: A Scoping Literature Review. *The Canadian Journal of Cardiology*, 34(7), 871–880. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.04.006>
- Heidenreich, P. A., Zhao, X., Hernandez, A. F., Yancy, C. W., Schwamm, L. H., Albert, N. M. et al. (2014). Impact of an expanded hospital recognition program for heart failure quality of care. *Journal of the American Heart Association*, 3(5), e000950. <https://doi.org/10.1161/JAHA.114.000950>
- Hensen, P. (2019). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis* (2. Auflage 2019). Wiesbaden: SpringerGabler.
- Hjalmarson, A., Goldstein, S., Fagerberg, B., Wedel, H., Waagstein, F., Kjeksus, J. et al. (2000). Effects of controlled-release metoprolol on total mortality, hospitalizations, and well-being in patients with heart failure: the Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in congestive heart failure (MERIT-HF). MERIT-HF Study Group. *JAMA*, 283(10), 1295–1302. <https://doi.org/10.1001/jama.283.10.1295>
- Howlett, J. G., Ezekowitz, J. A., Podder, M., Hernandez, A. F., Diaz, R., Dickstein, K. et al. (2013). Global variation in quality of care among patients hospitalized with acute heart failure in an international trial: findings from the acute study clinical effectiveness of nesiritide in decompensated heart failure trial (ASCEND-HF). *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(5), 534–542. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000119>
- Howlett, J. G., McKelvie, R. S., Costigan, J., Ducharme, A., Estrella-Holder, E., Ezekowitz, J. A. et al. (2010). The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance

- programs. *Canadian Journal of Cardiology*, 26(4), 185–202. [https://doi.org/10.1016/S0828-282X\(10\)70367-6](https://doi.org/10.1016/S0828-282X(10)70367-6)
- Hunter, D. J. & Fairfield, G. (1997). Disease management. *BMJ*, 315(7099), 50–53. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7099.50>
- IQTiG. (2019). *Methodische Grundlagen V1.1* (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 19.04.2019. Verfügbar unter: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_2019-04-15.pdf
- IQWiG. (2015). *Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronische Herzinsuffizienz. Abschlussbericht* (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Hrsg.). Köln. Zugriff am 18.02.2019. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahU-KEwjB3MnAylThAhWEIIAKHU-PUBP8QFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.iqwig.de%2Fdownload%2FV14-01_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-ein-DMP-Chronische-Herzinsuffizienz.pdf&usg=AOvVaw3nNttfdavFF38yfxTlmsD9
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1989). Characteristics of clinical indicators. *QRB Qual Rev Bull*, 15(11), 330. [https://doi.org/10.1016/s0097-5990\(16\)30313-x](https://doi.org/10.1016/s0097-5990(16)30313-x)
- Kale, M. S., Bishop, T. F., Federman, A. D. & Keyhani, S. (2013). Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 173(2), 142–148. <https://doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.1022>
- KBV. (2009). *KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren. Ergebnisse des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“* (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg.). Zugriff am 13.03.2020. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Aquik_projektbericht.pdf
- KBV. (2019). *Qualitätsbericht 2019. Berichtsjahr 2018* (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg.). Zugriff am 12.08.2021. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2019.pdf
- Klassen, A., Miller, A., Anderson, N., Shen, J., Schiariti, V. & O'Donnell, M. (2010). Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22(1), 44–69. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp057>
- Krum, H., Roecker, E. B. & Mohacsi, P. (2003). Effects of Initiating Carvedilol in Patients With Severe Chronic Heart Failure: Results From the COPENICUS Study // Effects of initiating carvedilol in patients with severe chronic heart failure. Results from the COPENICUS study. *ACC Current Journal Review*, 12(3), 48. [https://doi.org/10.1016/S1062-1458\(03\)00173-9](https://doi.org/10.1016/S1062-1458(03)00173-9)
- Lauterbach, K. W. (2001). *Disease Management in Deutschland - Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V.* Berlin. Zugriff am 12.02.2019. Verfügbar unter: https://www.diabsite.de/aktuelles/gesundheitspolitik/rsa_dmp/dm_kurzfassung.pdf
- Laux, G., Bauer, E. & Stock, C. (2014). Nutzung von Routinedaten zur Einschätzung der Versorgungsqualität. *Public Health Forum*, 22(2), 17–19. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2014.03.004>

- Laux, G., Nothacker, M., Weinbrenner, S., Störk, S., Blozik, E., Peters-Klimm, F. et al. (2011). Nutzung von Routinedaten zur Einschätzung der Versorgungsqualität: Eine kritische Beurteilung am Beispiel von Qualitätsindikatoren für die "Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz". *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* [Using routine data for quality of care assessments: a critical review, taking quality indicators for the "National Disease Management Guideline for Chronic Heart Failure" as an example], 105(1), 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.08.005>
- Lindenfeld, J., Albert, N. M., Boehmer, J. P., Collins, S. P., Ezekowitz, J. A., Givertz, M. M. et al. (2010). HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *Journal of Cardiac Failure*, 16(6), e1-194. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.04.004>
- López-Sendón, J., González-Juanatey, J. R., Pinto, F., Castillo, J. C., Badimón, L., Dalmau, R. et al. (2015). Quality Markers in Cardiology. Main Markers to Measure Quality of Results (Outcomes) and Quality Measures Related to Better Results in Clinical Practice (Performance Metrics). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón): A SEC/SECTCV Consensus Position Paper. *Revista española de cardiología (English ed.)*, 68(11), 976–9595. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2015.08.002>
- Maggioni, A. P., Anker, S. D., Dahlström, U., Filippatos, G., Ponikowski, P., Zannad, F. et al. (2013). Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12,440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *European Journal of Heart Failure*, 15(10), 1173–1184. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hft134>
- Mant, J., Doust, J., Roalfe, A., Barton, P., Cowie, M. R., Glasziou, P. et al. (2009). Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 13(32), 1-207, iii. <https://doi.org/10.3310/hta13320>
- Mattsson, M. S., Mattsson, N. & Jørsboe, H. B. (2014). Improvement of clinical quality indicators through reorganization of the acute care by establishing an emergency department-a register study based on data from national indicators. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22, 60. <https://doi.org/10.1186/s13049-014-0060-4>
- Maxwell, R. J. (1984). Quality assessment in health. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 288(6428), 1470–1472. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6428.1470>
- Maxwell, R. J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care*, 1(3), 171–177. Zugriff am 13.11.2019. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055007/pdf/qualhc00003-0023.pdf>
- McAlister, F. A., Stewart, S., Ferrua, S. & McMurray, J. J. V. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. A systematic review of randomized trials. *Journal of the American College of Cardiology*, 44(4), 810–819. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.05.055>
- McDonagh, T. A., Blue, L., Clark, A. L., Dahlström, U., Ekman, I., Lainscak, M. et al. (2011). European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *European Journal of Heart Failure*, 13(3), 235–241. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq221>
- McKelvie, R. S., Heckman, G. A., Blais, C., Cox, J. L., Ezekowitz, J. A., Gong, Y. et al. (2016). Canadian Cardiovascular Society Quality Indicators for Heart Failure. *The Canadian Journal of Cardiology*, 32(8), 1038.e5-9. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.12.027>

- Mizuno, A., Miyashita, M., Hayashi, A., Kawai, F., Niwa, K., Utsunomiya, A. et al. (2017). Potential palliative care quality indicators in heart disease patients: A review of the literature. *Journal of Cardiology*, 70(4), 335–341. <https://doi.org/10.1016/j.jjcc.2017.02.010>
- Mohseni, H., Kiran, A., Khorshidi, R. & Rahimi, K. (2017). Influenza vaccination and risk of hospitalization in patients with heart failure: a self-controlled case series study. *European Heart Journal*, 38(5), 326–333. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw411>
- Mörtl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A. et al. (2017). Disease management programs in chronic heart failure. Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiologial Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23-24), 869–878. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0>
- Mosalpuria, K., Agarwal, S. K., Yaemsiri, S., Pierre-Louis, B., Saba, S., Alvarez, R. et al. (2014). Outpatient management of heart failure in the United States, 2006-2008. *Texas Heart Institute Journal*, 41(3), 253–261. <https://doi.org/10.14503/THIJ-12-2947>
- NICE. (2018). *Chronic heart failure in adults: diagnosis and management*. NICE guideline (National Institute for Health and Care Excellence, Hrsg.). Zugriff am 14.02.2019. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng106/resources/chronic-heart-failure-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-66141541311685>
- Nothacker, M. J., Langer, T. & Weinbrenner, S. (2011). Qualitätsindikatoren zu Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) am Beispiel der NVL Herzinsuffizienz. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* [Quality indicators for National Disease Management Guidelines using the example of the National Disease Management Guideline for "Chronic Heart Failure"], 105(1), 27–37. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.07.003>
- Opasich, C., Febo, O., Riccardi, P.G., Traversi, E., Forni, G., Pinna, G. et al. (1996). Concomitant Factors of Decompensation in Chronic Heart Failure. *The American journal of cardiology*, 78(3), 354–357. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(96\)00294-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(96)00294-9)
- Packer, M., Coats, A. J., Fowler, M. B., Katus, H. A., Krum, H., Mohacsi, P. et al. (2001). Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 344(22), 1651–1658. <https://doi.org/10.1056/NEJM200105313442201>
- Perfetto, E. M., Oehrlein, E. M., Boutin, M., Reid, S. & Gascho, E. (2017). Value to Whom? The Patient Voice in the Value Discussion. *Value in Health : the Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 20(2), 286–291. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.014>
- Peters-Klimm, F. & Andres, E. (2020). *Herzinsuffizienz. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz*. QISA Band C8. Version 2.0. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Pilnick, A., Dingwall, R. & Starkey, K. (2001). Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8), 755–763. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862001000800012>
- Poelzl, G., Fetz, B., Altenberger, J., Fritsch, M., Auer, J., Stachl, E. et al. (2020). Heart failure disease management programs in Austria 2019 : A systematic survey of the Heart Failure Working Group and the Working Group for Cardiologial Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 132(11-12), 310–321. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01615-y>
- Pohontsch, N. J., Herzberg, H., Joos, S., Welti, F., Scherer, M. & Blozik, E. (2015). The professional perspective on patient involvement in the development of quality indicators: a qualitative analysis using the example of chronic heart failure in the German health

- care setting. *Patient Preference and Adherence*, 9, 151–159. <https://doi.org/10.2147/PPA.S74064>
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. et al. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal of Heart Failure*, 18(8), 891–975. <https://doi.org/10.1002/ejhf.592>
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W. H. & Döbler, K. (2007). QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care* [QUALIFY--a tool for assessing quality indicators], 101(10), 683–688. <https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2007.11.003>
- Rich, M. W., Beckham, V., Wittenberg, C., Leven, C. L., Freedland, K. E. & Carney, R. M. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, 333(18), 1190–1195. <https://doi.org/10.1056/NEJM199511023331806>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine. What it is and what it isn't. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7023), 71–72.
- Schjødt, I., Nakano, A., Egstrup, K. & Cerqueira, C. (2016). The Danish Heart Failure Registry. *Clinical Epidemiology*, 8, 497–502. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S99504>
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M. & Dirmair, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PloS One*, 9(9), e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Smeets, M., van Roy, S., Aertgeerts, B., Vermandere, M. & Vaes, B. (2016). Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*, 6(11), e013459. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013459>
- Smets, M., Smeets, M., van den Bulck, S., Janssens, S., Aertgeerts, B. & Vaes, B. (2019). Defining quality indicators for heart failure in general practice. *Acta Cardiologica*, 74(4), 291–298. <https://doi.org/10.1080/00015385.2018.1492659>
- Stewart, S., MacIntyre, K., Hole, D. J., Capewell, S. & McMurray, J. J. (2001). More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 3(3), 315–322.
- Stewart, S., Jenkins, A., Buchan, S., McGuire, A., Capewell, S. & McMurray, J. J. J. V. (2002). The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *European Journal of Heart Failure*, 4(3), 361–371.
- Therapie Aktiv - Diabetes im Griff. (o.D.). *Datenerfassung und Nachweis Strukturkriterien. Disease Management Programm - Diabetes mellitus Typ 2*. Zugriff am 17.03.2022. Verfügbar unter: https://www.aekstmk.or.at/cms/get_doc2.php?artid=3188&docId=2684
- Thomas, R. J., Balady, G., Banka, G., Beckie, T. M., Chiu, J., Gokak, S. et al. (2018). 2018 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Cardiac Rehabilitation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(16), 1814–1837. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.01.004>
- Van Engen-Verheul, M., Kemps, H., Kraaijenhagen, R., De Keizer, N. & Peek, N. (2011). Modified Rand Method to Derive Quality Indicators: a Case Study in Cardiac Rehabilitation. *Studies in Health Technology and Informatics*, 169, 88–92. <https://doi.org/10.3233/978-1-60750-806-9-88>

- Vardeny, O., Claggett, B., Udell, J. A., Packer, M., Zile, M., Rouleau, J. et al. (2016). Influenza Vaccination in Patients With Chronic Heart Failure: The PARADIGM-HF Trial. *JACC. Heart Failure*, 4(2), 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2015.10.012>
- WHO. (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches* (World Health Organization, Hrsg.). Copenhagen: European observatory on health systems and policies. Zugriff am 30.05.2018. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/270729/Assessing-chronic-disease-management-in-European-health-systems.pdf
- Wiig, S., Aase, K., Plessen, C. von, Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A. M. et al. (2014). Talking about quality: exploring how 'quality' is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. *BMC Health Services Research*, 14, 478. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-478>
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H. et al. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*, 128(16), e240-327. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>
- Zallman, L., Ma, J., Xiao, L. & Lasser, K. E. (2010). Quality of US primary care delivered by resident and staff physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1193–1197. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1456-0>

8.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozess der Literaturrecherche und -selektion	253
Abbildung 2: Qualitätsmodell: Ableitung von Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren aus den Qualitätsaspekten	263
Abbildung 3: Datenströme im Disease-Management-Programm	296
Abbildung 4: Arzt- und betriebsstättenbezogene Anforderungen zur Zulassung als Vertragspartnerin bzw. Vertragspartner in einem DMP	297
Abbildung 5: Aufbau- und Ablauforganisation im Qualitätsmanagement	299

8.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchcode der systematischen Datenbankrecherche nach Qualitätsindikatoren für HI	252
Tabelle 2: Indikatoren mit Konsens in der ersten Stufe des Delphi-Verfahrens	256
Tabelle 3: Indikatoren mit Konsens in der zweiten Stufe des Delphi-Verfahrens	259
Tabelle 4: Qualitätsaspekte für ein DMP CHI	264
Tabelle 5: Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren für ein DMP CHI	265
Tabelle 6: Derzeitiger Stand der Abdeckung der für die ausgewählten Qualitätsindikatoren relevanten Leistungen durch die allgemeinmedizinische Honorarordnung	294

ANHANG A: IM SYSTEMATISCHEN REVIEW EIN- UND AUSGESCHLOSSENE PUBLIKATIONEN

	Eingeschlossene Referenzen
1.	Albuquerque DC, Neto JD, Bacal F, et al. I Brazilian Registry of Heart Failure – Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. <i>Arquivos brasileiros de cardiologia</i> . Jun 2015;104(6): 433-442.
2.	Azad N, Lemay G, Li J, Benzaquen M, Khoury L. Perspectives from Geriatric In-patients with Heart Failure, and their Caregivers, on Gaps in Care Quality. <i>Canadian geriatrics journal : CGJ</i> . Dec 2016;19(4):195-201.
3.	Baudendistel I, Noest S, Peters-Klimm F, et al. Bridging the gap between patient needs and quality indicators: a qualitative study with chronic heart failure patients. <i>Patient preference and adherence</i> . 2015;9:1397-1405.
4.	Cook A, Grothaus CT, Gutierrez CE, Kehoe KA, Valentin MR. Closing the gap “Disparity in Native Hawaiian cardiac care”. <i>Hawaii medical journal</i> . May 2010;69(5 Suppl 2):7-10.
5.	Dalteg T, Benzein E, Fridlund B, Malm D. Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: a systematic review. <i>European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology</i> . Sep 2011;10(3):140-149.
6.	Flotta D, Rizza P, Coscarelli P, Pileggi C, Nobile CG, Pavia M. Appraising hospital performance by using the JCHAO/CMS quality measures in Southern Italy. <i>PloS one</i> . 2012;7(11):e48923.
7.	Fu R, Xiang J, Bao H, et al. Association between process indicators and in-hospital mortality among patients with chronic heart failure in China. <i>European journal of public health</i> . Jun 2015;25(3):373-378.
8.	Goldfarb M, Bibas L, Newby LK, et al. Systematic review and directors survey of quality indicators for the cardiovascular intensive care unit. <i>International journal of cardiology</i> . Jun 1 2018;260:219-225.
9.	Grandin EW, Jessup M. Rethinking the Focus of Heart Failure Quality Measures. <i>Circulation</i> . Oct 6 2015;132(14):1307-1310.
10.	Hamatani Y, Takada Y, Miyamoto Y, et al. Development and Practical Test of Quality Indicators for Palliative Care in Patients With Chronic Heart Failure. <i>Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society</i> . Mar 2020;84(4):584-591.
11.	Heckman GA, Shamji AK, Ladha R, et al. Heart Failure Management in Nursing Homes: A Scoping Literature Review. <i>The Canadian journal of cardiology</i> . Jul 2018;34(7):871-880.
12.	Heidenreich PA, Zhao X, Hernandez AF, et al. Impact of an expanded hospital recognition program for heart failure quality of care. <i>Journal of the American Heart Association</i> . Sep 10 2014;3(5):e000950.
13.	Howlett JG, Ezekowitz JA, Podder M, et al. Global variation in quality of care among patients hospitalized with acute heart failure in an international trial: findings from the acute study clinical effectiveness of nesiritide in decompensated heart failure trial (ASCEND-HF). <i>Circulation. Cardiovascular quality and outcomes</i> . Sep 1 2013;6(5):534-542.
14.	Howlett JG, McKelvie RS, Costigan J, et al. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. <i>The Canadian journal of cardiology</i> . Apr 2010;26(4):185-202.
15.	Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. <i>JAMA internal medicine</i> . Jan 28 2013;173(2):142-148.

Eingeschlossene Referenzen	
15.	Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. <i>JAMA internal medicine</i> . Jan 28 2013;173(2):142-148.
16.	Klabnik A, Murin J. Chronic heart failure in women. Brief review with a focus on new quality markers in therapy. <i>Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej</i> . 2012;122 Suppl 1:42-46.
17.	Laux G, Nothacker M, Weinbrenner S, et al. [Using routine data for quality of care assessments: a critical review, taking quality indicators for the “National Disease Management Guideline for Chronic Heart Failure” as an example]. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> . 2011;105(1):21-26.
18.	Lopez-Sendon JL, Gonzalez-Juanatey JR, Pinto F, et al. Quality markers in cardiology: measures of outcomes and clinical practice– a perspective of the Spanish Society of Cardiology and of Thoracic and Cardiovascular Surgery. <i>European heart journal</i> . Jan 1 2016;37(1):12-23.
19.	Mattsson MS, Mattsson N, Jorsboe HB. Improvement of clinical quality indicators through reorganization of the acute care by establishing an emergency department-a register study based on data from national indicators. <i>Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine</i> . Nov 5 2014;22:60.
20.	McKelvie RS, Heckman GA, Blais C, et al. Canadian Cardiovascular Society Quality Indicators for Heart Failure. <i>The Canadian journal of cardiology</i> . Aug 2016;32(8):1038.e1035-1039.
21.	Mizuno A, Miyashita M, Hayashi A, et al. Potential palliative care quality indicators in heart disease patients: A review of the literature. <i>Journal of cardiology</i> . Oct 2017;70(4):335-341.
22.	Mosalpuria K, Agarwal SK, Yaemsiri S, et al. Outpatient management of heart failure in the United States, 2006-2008. <i>Texas Heart Institute journal</i> . Jun 2014;41(3):253-261.
23.	Nothacker MJ, Langer T, Weinbrenner S. [Quality indicators for National Disease Management Guidelines using the example of the National Disease Management Guideline for “Chronic Heart Failure”]. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> . 2011;105(1):27-37.
24.	Pohontsch NJ, Herzberg H, Joos S, Welti F, Scherer M, Blozik E. The professional perspective on patient involvement in the development of quality indicators: a qualitative analysis using the example of chronic heart failure in the German health care setting. <i>Patient preference and adherence</i> . 2015;9:151-159.
25.	Schjodt I, Nakano A, Egstrup K, Cerqueira C. The Danish Heart Failure Registry. <i>Clinical epidemiology</i> . 2016;8:497-502.
26.	Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, Vermandere M, Vaes B. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. <i>BMJ open</i> . Nov 30 2016;6(11):e013459.
27.	Smets M, Smeets M, Van den Bulck S, Janssens S, Aertgeerts B, Vaes B. Defining quality indicators for heart failure in general practice. <i>Acta cardiologica</i> . Aug 2019;74(4):291-298.
28.	Thomas RJ, Balady G, Banka G, et al. 2018 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Cardiac Rehabilitation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. <i>Circulation. Cardiovascular quality and outcomes</i> . Apr 2018;11(4):e000037.
29.	Van Engen-Verheul M, Kemps H, Kraaijenhagen R, De Keizer N, Peek N. Modified Rand method to derive quality indicators: a case study in cardiac rehabilitation. <i>Studies in health technology and informatics</i> . 2011;169:88-92.
30.	Zallman L, Ma J, Xiao L, Lasser KE. Quality of US primary care delivered by resident and staff physicians. <i>Journal of general internal medicine</i> . Nov 2010;25(11):1193-1197

Nach Volltextdurchsicht ausgeschlossene Publikationen	
Ausschlussgrund: Studie enthält keinen Qualitätsindikator	
1.	Abrahamyan L, Boom N, Donovan LR, Tu JV. An international environmental scan of quality indicators for cardiovascular care. <i>The Canadian journal of cardiology</i> . Jan-Feb 2012;28(1):110-118.
2.	Agarwal A, Davies D, Goenka S, Prabhakaran D, Huffman MD, Mohanan PP. Facilitators and barriers of heart failure care in Kerala, India: A qualitative analysis of health-care providers and administrators. <i>Indian heart journal</i> . May - Jun 2019;71(3):235-241.
3.	Anderson JL, Heidenreich PA, Barnett PG, et al. ACC/AHA statement on cost/value methodology in clinical practice guidelines and performance measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and Task Force on Practice Guidelines. <i>Journal of the American College of Cardiology</i> . Jun 3 2014;63(21):2304-2322.
4.	Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. <i>Journal of the American College of Cardiology</i> . Sep 10 2019;74(10):e177-e232.
5.	Bhatt DL, Drozda JP, Jr., Shahian DM, et al. ACC/AHA/STS Statement on the Future of Registries and the Performance Measurement Enterprise: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and The Society of Thoracic Surgeons. <i>Circulation. Cardiovascular quality and outcomes</i> . Nov 2015;8(6):634-648.
6.	Bogh SB, Falstie-Jensen AM, Hollnagel E, et al. Predictors of the effectiveness of accreditation on hospital performance: A nationwide stepped-wedge study. <i>International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care</i> . Aug 1 2017;29(4):477-483.
7.	Gilstrap LG, Stevenson LW, Small R, et al. Reasons for Guideline Nonadherence at Heart Failure Discharge. <i>Journal of the American Heart Association</i> . Aug 7 2018;7(15):e008789.
8.	Grace SL, Bennett S, Ardern CI, Clark AM. Cardiac rehabilitation series: Canada. <i>Progress in cardiovascular diseases</i> . Mar-Apr 2014;56(5):530-535.
9.	Herzberg H, Bernateck K, Welte F, et al. [Patient Participation in Development of Quality Indicators using the Example of National Disease Management Guidelines for Chronic Heart Failure - A Qualitative Analysis of Collective Perspectives]. <i>Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))</i> . Jun 2016;78(6):373-377.
10.	Hockey PM, Bates DW. Physicians' identification of factors associated with quality in high- and low-performing hospitals. <i>Joint Commission journal on quality and patient safety</i> . May 2010;36(5):217-223.
11.	Johnstone DE, Buller CE. Pan-Canadian cardiovascular data definitions and quality indicators: a status update. <i>The Canadian journal of cardiology</i> . Sep-Oct 2012;28(5):599-601.
12.	Lee K, Weiskopf N, Pathak J. A Framework for Data Quality Assessment in Clinical Research Datasets. <i>AMIA Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium</i> . 2017;2017:1080-1089.
13.	Masoudi FA. Quality Measurement and Accountability in Cardiovascular Medicine: An Incomplete Revolution. <i>Circulation</i> . Aug 30 2016;134(9):632-634.
14.	Noonan MC, Wingham J, Taylor RS. 'Who Cares?' The experiences of caregivers of adults living with heart failure, chronic obstructive pulmonary disease and coronary artery disease: a mixed methods systematic review. <i>BMJ open</i> . Jul 11 2018;8(7):e020927.

	Nach Volltextdurchsicht ausgeschlossene Publikationen
	Ausschlussgrund: Studie enthält keinen Qualitätsindikator
15.	Peterson ED, Ho PM, Barton M, et al. ACC/AHA/AACVPR/AAFP/ANA concepts for clinician-patient shared accountability in performance measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. <i>Journal of the American College of Cardiology</i> . Nov 18-25 2014;64(20):2133-2145.
16.	Rojahn K, Laplante S, Sloand J, et al. Remote Monitoring of Chronic Diseases: A Landscape Assessment of Policies in Four European Countries. <i>PloS one</i> . 2016;11(5):e0155738.
17.	Savarese G, Vasko P, Jonsson A, Edner M, Dahlstrom U, Lund LH. The Swedish Heart Failure Registry: a living, ongoing quality assurance and research in heart failure. <i>Upsala journal of medical sciences</i> . Jan 2019;124(1):65-69.
18.	Seibert K, Stiefler S, Domhoff D, Wolf-Ostermann K, Peschke D. [A systematic review on population-based indicators of the quality of care in formal and informal provider networks and their application in health economic evaluations]. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> . Aug 2019;144-145:7-23.
19.	Sirois C, Lunghi C, Laroche ML, Maheux A, Frini A. The delicate choice of optimal basic therapy for multimorbid older adults: A cross-sectional survey. <i>Research in social & administrative pharmacy : RSAP</i> . Jun 2019;15(6):761-766.
20.	Trivedi AN, Nsa W, Hausmann LR, et al. Quality and equity of care in U.S. hospitals. <i>The New England journal of medicine</i> . Dec 11 2014;371(24):2298-2308.
21.	Wasfy JH, Borden WB, Secemsky EA, McCabe JM, Yeh RW. Public reporting in cardiovascular medicine: accountability, unintended consequences, and promise for improvement. <i>Circulation</i> . Apr 28 2015;131(17):1518-1527.
22.	Whittingham K, Barnes S, Gardiner C. Tools to measure quality of life and carer burden in informal carers of heart failure patients: a narrative review. <i>Palliative medicine</i> . Jul 2013;27(7):596-607.
	Ausschlussgrund: Studie betrifft spezifische Interventionen
1.	Alguren B, Andersson-Gare B, Thor J, Andersson AC. Quality indicators and their regular use in clinical practice: results from a survey among users of two cardiovascular National Registries in Sweden. <i>International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care</i> . Dec 1 2018;30(10):786-792.
2.	Blustein J, Borden WB, Valentine M. Hospital performance, the local economy, and the local workforce: findings from a US National Longitudinal Study. <i>PLoS medicine</i> . Jun 29 2010;7(6):e1000297.
3.	Carretta HJ, Chukmaitov A, Tang A, Shin J. Examination of hospital characteristics and patient quality outcomes using four inpatient quality indicators and 30-day all-cause mortality. <i>American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality</i> . Jan-Feb 2013;28(1):46-55.
4.	Chen LM, Staiger DO, Birkmeyer JD, Ryan AM, Zhang W, Dimick JB. Composite quality measures for common inpatient medical conditions. <i>Medical care</i> . Sep 2013;51(9):832-837.
5.	Furthauer J, Flamm M, Sonnichsen A. Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type 2, cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study. <i>BMC family practice</i> . Apr 4 2013;14:47.
6.	Kormos RL, Cowger J, Pagani FD, et al. The Society of Thoracic Surgeons Intermacs database annual report: Evolving indications, outcomes, and scientific partnerships. <i>The Journal of heart and lung transplantation : the official publication of the International Society for Heart Transplantation</i> . Feb 2019;38(2):114-126.

Ausschlussgrund: Studie betrifft spezifische Interventionen	
7.	Levenson B, Albrecht A, Gohring S, et al. [6th report of the German Association of Cardiologists in private practice (BNK) on quality assurance in cardiac catheterization and coronary intervention 2006-2009]. <i>Herz</i> . Feb 2011;36(1):41-49.
8.	Lloren A, Liu S, Herrin J, et al. Measuring hospital-specific disparities by dual eligibility and race to reduce health inequities. <i>Health services research</i> . Feb 2019;54 Suppl 1:243-254.
9.	Lopez-Sendon J, Gonzalez-Juanatey JR, Pinto F, et al. Quality Markers in Cardiology. Main Markers to Measure Quality of Results (Outcomes) and Quality Measures Related to Better Results in Clinical Practice (Performance Metrics). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Area del Corazon): A SEC/SECTCV Consensus Position Paper. <i>Revista espanola de cardiologia (English ed.)</i> . Nov 2015;68(11):976-995.e910.
10.	Maeda JL, LoSasso AT. Effect of market competition on hospital performance for heart failure. <i>The American journal of managed care</i> . Dec 2011;17(12):816-822.
11.	Oemrawsingh A, van Leeuwen N, Venema E, et al. Value-based healthcare in ischemic stroke care: case-mix adjustment models for clinical and patient-reported outcomes. <i>BMC medical research methodology</i> . Dec 5 2019;19(1):229.
12.	Olsson BS, Kullberg M, Landgren M. [Improved heart failure care with the Q failure project. Results of a quality-assurance projects with a bonus program]. <i>Lakartidningen</i> . Sep 15-21 2010;107(37):2154-2157.
13.	Pollack CE, Lemke KW, Roberts E, Weiner JP. Patient sharing and quality of care: measuring outcomes of care coordination using claims data. <i>Medical care</i> . Apr 2015;53(4):317-323.
14.	Zarrinkoub R, Kahan T, Johansson SE, Wandell P, Mejhert M, Wettermark B. How to best assess quality of drug treatment in patients with heart failure. <i>European journal of clinical pharmacology</i> . Aug 2016;72(8):965-975.
Ausschlussgrund: Studie betrifft nicht Herzinsuffizienz	
1.	Behrendt CA, Riess H, Harter M, et al. [Guideline recommendations and quality indicators for invasive treatment of peripheral arterial disease in Germany: The IDOMENEO study for quality improvement and research in vascular medicine]. <i>Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz</i> . Feb 2018;61(2):218-223.
2.	Davies S, McDonald KM, Schmidt E, Schultz E, Geppert J, Romano PS. Expanding the uses of AHRQ's prevention quality indicators: validity from the clinician perspective. <i>Medical care</i> . Aug 2011;49(8):679-685.
3.	Delaney AE, Dadlez NM, Marshall AC. Alternative approach to pediatric cardiac quality assessment for low-volume centers. <i>Congenital heart disease</i> . Jul 2019;14(4):665-670.
4.	Haines DE, Beheiry S, Akar JG, et al. Heart Rythm Society expert consensus statement on electrophysiology laboratory standards: process, protocols, equipment, personnel, and safety. <i>Heart rhythm</i> . Aug 2014;11(8):e9-51.
5.	Harold JG, Bass TA, Bashore TM, et al. ACCF/AHA/SCAI 2013 update of the clinical competence statement on coronary artery interventional procedures: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American College of Physicians Task Force on Clinical Competence and Training (writing committee to revise the 2007 clinical competence statement on cardiac interventional procedures). <i>Circulation</i> . Jul 23 2013;128(4):436-472.

Ausschlussgrund: Studie betrifft nicht Herzinsuffizienz	
6.	Hofstede SN, Ceyisakar IE, Lingsma HF, Kringos DS, Marang-van de Mheen PJ. Ranking hospitals: do we gain reliability by using composite rather than individual indicators? <i>BMJ quality & safety</i> . Feb 2019;28(2):94-102.
7.	Hudzik B, Budaj A, Gierlotka M, et al. Assessment of quality of care of patients with ST-segment elevation myocardial infarction. <i>European heart journal. Acute cardiovascular care</i> . Nov 25 2019;2048872619882360.
8.	Klein LW, Uretsky BF, Chambers C, et al. Quality assessment and improvement in interventional cardiology: a position statement of the Society of Cardiovascular Angiography and Interventions, part 1: standards for quality assessment and improvement in interventional cardiology. <i>Catheterization and cardiovascular interventions: official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions</i> . Jun 1 2011;77(7):927-935.
9.	Nallamothu BK, Tommaso CL, Anderson HV, et al. ACC/AHA/SCAI/AMA-Convened PCPI/NCQA 2013 performance measures for adults undergoing percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, the American Medical Association-Convened Physician Consortium for Performance Improvement, and the National Committee for Quality Assurance. <i>Journal of the American College of Cardiology</i> . Feb 25 2014;63(7):722-745.
10.	Nimptsch U, Mansky T. Quality measurement combined with peer review improved German in-hospital mortality rates for four diseases. <i>Health affairs (Project Hope)</i> . Sep 2013;32(9):1616-1623.
11.	Rohrig B, Nosper M, Linck-Eleftheriadis S, Strandt G, Salzwedel A, Voller H. [Method of the assessment of patients outcome in cardiac rehabilitation by means of quality indicators – a description of the method]. <i>Die Rehabilitation</i> . Feb 2014;53(1):31-37.
12.	Zusman O, Bebb O, Hall M, et al. International comparison of acute myocardial infarction care and outcomes using quality indicators. <i>Heart (British Cardiac Society)</i> . Jun 2019;105(11):820-825.
Ausschlussgrund: Sprache nicht Deutsch oder Englisch	
1.	Cohen AD, Dreier J, Regev-Rosenberg S, et al. [The quality indicators program in Clalit Health Services: the first decade]. <i>Harefuah</i> . Apr 2010;149(4):204-209, 265.
2.	Klabnik A, Murin J, Kycina P. Do we need new quality markers for chronic heart failure? <i>Bratislavske lekarske listy</i> . 2010;111(7):392-397.

ANHANG B: INDIKATORENREGISTER

Anmerkungen

Das vorliegende Indikatorenregister basiert auf einer umfassenden systematischen Literatur- und Leitlinienrecherche sowie einer Suche nach Qualitätsindikatoren für Disease-Management-Programme für CHI.

Die Eignung der Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren für die Qualitätssicherung wurde zunächst anhand der im Rahmenkonzept festgelegten Eignungskriterien (Relevanz für die Patientinnen bzw. Patienten, Potential zur Verbesserung der Versorgung, Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer, Erfassbarkeit mit Instrumenten der Qualitätssicherung) überprüft. Redundante und ähnliche Indikatoren wurden zusammengeführt. Die verbleibenden 45 Qualitätsindikatoren wurden zusammen mit den zugehörigen Qualitätszielen im Indikatorenregister zusammengefasst und detailliert beschrieben.

Die Nummern der Indikatoren beziehen sich auf verschiedene Teilprozesse des Behandlungsprozesses: D (Diagnose), MT (medikamentöse Therapie), NMT (nicht medikamentöse Therapie), KV (kontinuierlicher Versorgungsprozess). Die Zusammenfassung enthält eine Definition der Indikatoren und der zugehörigen Qualitätsziele, eine Beschreibung der Indikatorberechnung, eine Begründung für die Auswahl der Qualitätsziele mit einer Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz sowie Angaben über die zugehörigen Qualitätsdimensionen.

Als prozessverantwortliche Instanz wurde derjenige GDL definiert, der in einem DMP dafür verantwortlich ist, dass das definierte Qualitätsziel erreicht wird. Dies kann bedeuten, dass er die relevante Leistung selbst erbringt (z.B. die Durchführung einer klinischen Untersuchung), oder dass er veranlasst und kontrolliert, dass diese von anderen GDL erbracht wird (z.B. Zuweisung zur Echokardiographie). Demgegenüber wurde als Dokumentationsverantwortlicher derjenige GDL definiert, der die relevante Leistung erbringt und dokumentiert (z.B. eine Echokardiographie durchführt).

Der neutrale Begriff ‚Gesundheitsdienstleisterin bzw. Gesundheitsdienstleister‘ wurde gewählt, da zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Teilkonzepts das Organisationskonzept noch nicht vorlag und daher noch nicht endgültig geklärt war, ob die Einschreibung in das DMP nur bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner oder auch in Primärversorgungseinheiten oder bei niedergelassenen Internistinnen bzw. Internisten erfolgen kann. Ansonsten wurde – wo möglich – die Leistung erbringende Berufsgruppe genau definiert.

Am Ende des Registers befindet sich eine Liste der verwendeten Abkürzungen sowie eine Zusammenstellung der verwendeten Referenzen.

Indikator-ID:	01-D Leitliniengerechte Diagnose
Name des Indikators:	Dokumentierte Anamnese im Rahmen der Erstabklärung
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine spezifische Anamnese dokumentiert wurde, bezogen auf alle Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine spezifische Anamnese dokumentiert wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Erhebung und Dokumentation einer spezifischen Anamnese im Rahmen der Erstabklärung. Bei Verdachtsdiagnose HI werden bei allen Patienten wesentliche anamnestische Angaben erfragt und dokumentiert: Überwässerungssymptome, abgelaufener Herzinfarkt, Vorliegen einer KHK, vorangegangene Revaskularisationsmaßnahmen, aktuelle Thoraxschmerzen oder Angina pectoris-Symptome, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Klappenerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Alkoholkonsum, Raucherstatus, aktuelle Medikation, NYHA-Klasse oder eine andere Beschreibung des funktionellen Status.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Die Anamnese verfolgt das Ziel, relevante Vor- und Begleiterkrankungen, seltene Ursachen und familiäre Dispositionen aufzudecken. Die Erhebung einer spezifischen Anamnese entspricht der guten klinischen Praxis und ist als Expertenkonsens in allen relevanten Leitlinien enthalten. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine spezifische Anamnese dokumentiert wurde. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Dokumentierte Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung (Indikator 03-D), Assessment of coronary artery disease etiology. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	02-D
Name des Indikators:	Spezifische körperliche Untersuchung im Rahmen der Erstabklärung
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine spezifische körperliche Untersuchung dokumentiert wurde, bezogen auf alle Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine spezifische körperliche Untersuchung dokumentiert wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Durchführung und Dokumentation einer spezifischen körperlichen Untersuchung (Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz, kardiale und pulmonale Auskultation, Untersuchung der unteren Extremitäten) im Rahmen der Erstabklärung.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Patienten mit Symptomen einer CHI sollen auf typische klinische Zeichen untersucht werden, um die Spezifität der Diagnose zu erhöhen und weiterführende diagnostische Maßnahmen gezielt einsetzen zu können. Die klinische Untersuchung stellt die Basis für weitere Kontrolluntersuchungen zur Diagnosesicherung und Therapieoptimierung dar. Die Durchführung einer sorgfältigen klinischen Untersuchung entspricht der guten klinischen Praxis und ist als Expertenkonsens in allen relevanten Leitlinien enthalten. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine spezifische körperliche Untersuchung dokumentiert wurde. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Blood pressure measurements. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019) Herzinsuffizienz – Gewichtsbestimmung. (KBV, 2009)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	03-D
Name des Indikators:	Dokumentierte Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen spezifische Komorbiditäten dokumentiert wurden, bezogen auf alle Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen spezifische Komorbiditäten dokumentiert wurden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Dokumentation von wesentlichen Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung. KHK, Diabetes mellitus, Hypertonie, Vitien, Vorhofflimmern/-flattern, cerebrovaskuläre Störungen, chronische Niereninsuffizienz, chronisch obstruktive Bronchitis, obstruktives Schlafapnoesyndrom, Depression, Anämie, Kachexie und chronische Schmerzen.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Der Großteil der Patienten mit HI weist zusätzlich bestehende Erkrankungen (Komorbiditäten) auf. Diese Erkrankungen und ihre medikamentöse Behandlung können bei der Behandlung von Patienten mit HI relevante Einflüsse auf Therapieadhärenz, Nutzen und Prognose haben. Die Erfassung und Dokumentation bestehender Komorbiditäten stellt somit einen wesentlichen Faktor für die Patientensicherheit dar, wenngleich der Nutzen der Dokumentation für sich stehend bisher nicht ausreichend belegt ist. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit Erstdiagnose HI, bei denen spezifische Komorbiditäten dokumentiert sind. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Dokumentierte Anamnese (Indikator 01-D).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität).	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	04-D
Name des Indikators:	Elektrokardiographie im Rahmen der Erstabklärung
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen ein EKG mit zwölf Ableitungen durchgeführt wurde, bezogen auf alle Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen ein EKG mit zwölf Ableitungen durchgeführt wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Anfertigung eines EKG mit zwölf Ableitungen im Rahmen der Erstabklärung.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Bei Patienten mit CHI lassen sich häufig pathologische Veränderungen im EKG erkennen. Die Spezifität dieser Befunde ist jedoch niedrig und liegt lediglich bei 56-60%. Durch ein unauffälliges EKG kann eine HI zwar nicht vollständig ausgeschlossen werden, diese wird dadurch aber unwahrscheinlich (Sensitivität: 89%). Darüber hinaus kann ein EKG zusätzliche Informationen zur Ätiologie (z.B. Myokardinfarkt, Myokardhypertrophie) und therapierelevante Veränderungen (z.B. Vorhofflimmern, Bradykardie, weiter QRS-Komplex) erfassen. Ein EKG als Teil der Basisdiagnostik wird daher in zahlreichen Leitlinien empfohlen. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019; KBV, 2009; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, die ein EKG mit zwölf Ableitungen erhalten. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	05-D
Name des Indikators:	Echokardiographie mit Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion im Rahmen der Erstabklärung
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine Echokardiographie mit Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion durchgeführt wurde, bezogen auf alle Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine Echokardiographie mit Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion durchgeführt wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Durchführung einer transthorakalen Echokardiographie mit Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion im Rahmen der Erstabklärung. (Durchführung einer transthorakalen Echokardiographie bei allen Patienten mit über den Grenzwert erhöhten natriuretischen Peptiden oder jenen, bei denen die Bestimmung nicht durchgeführt werden konnte).
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Durch die transthorakale Echokardiographie kann der durch die Basisdiagnostik erhärtete Verdacht auf HI nicht invasiv bestätigt werden. Darüber hinaus können die Untersuchung die verschiedenen Formen der kardialen Dysfunktion differenzieren und durch Messung der linksventrikulären Ejektionsfraktion den Schweregrad der Erkrankung bestimmen. Diese Informationen sind bedeutsam für die Therapieplanung. Daneben können einige, zum Teil reversible Ursachen für die HI anhand des Echokardiographiebefundes ausgeschlossen oder bestätigt werden (z.B. Klappenerkrankungen, Perikarditis constrictiva, dilatative Kardiomyopathie). Die Durchführung einer transthorakalen Echokardiographie bei allen Patienten, bei denen nach der Basisdiagnostik der Verdacht auf eine HI besteht, entspricht der guten klinischen Praxis und wird in allen relevanten Leitlinien empfohlen. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Heckman et al., 2018; KBV, 2009; Mattsson et al., 2014; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen eine Echokardiographie durchgeführt wird. (AOK-Bundesverband et al., 2010)

Indikator-ID:	05-D
Name des Indikators:	Echokardiographie mit Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion im Rahmen der Erstabklärung
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Proportion of patients with two-dimensional transthoracic echocardiography and Doppler flow measurement with left ventricular function analysis. (Pohontsch et al., 2015) Proportion of patients who undergo echocardiography; ≤6 months before or ≤7 weekdays after admission or first outpatient contact. (Schjødt et al., 2016) Bestimmungen der linksventrikulären Ejektionsfraktion. Assessment of LV-function. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019) Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit HI innerhalb der letzten zwölf Monate, deren linksventrikuläre Pumpfunktion untersucht wurde und deren quantitative oder qualitative Ergebnisse dokumentiert wurden. (KBV, 2009)
Qualitätsdimension (lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (ÄAO*) 2015) Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (ÄAO 2006), Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiographie.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	06-D
Name des Indikators:	Bestimmungen der natriuretischen Peptide
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen die natriuretischen Peptide bestimmt werden, bezogen auf alle Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, bei denen die natriuretischen Peptide bestimmt wurden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Bestimmung der natriuretischen Peptide im Rahmen der Erstabklärung. Bestimmung der natriuretischen Peptide (BNP oder NT-proBNP) bei allen jenen Patienten, bei denen aufgrund von Anamnese, klinischer Untersuchung und EKG eine CHI nicht ausgeschlossen werden kann.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Das natriuretische Peptid BNP und sein biologisch inaktives Signalpeptid NT-proBNP werden in äquimolaren Konzentrationen aus den Herzmuskelzellen in das Blut sezerniert. Aufgrund ihres hohen negativen prädiktiven Wertes von 94-98% kann eine HI mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden, wenn die Plasmaspiegel unterhalb des Schwellenwertes von 35pg/ml für BNP bzw. 125 pg/ml für NT-proBNP liegen. Die Bestimmung der natriuretischen Peptide kann daher im Rahmen der Basisdiagnostik angewandt werden, um die Indikation zur weiterführenden Diagnostik mit einer Echokardiographie zu stellen. (BÄK et al., 2019; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	07-D
Name des Indikators:	Bestimmung der zugrundeliegenden Pathologie durch Bildgebung
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit der Erstdiagnose CHI, bei denen die zugrundeliegende Pathologie durch geeignete Bildgebung (Echokardiographie, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen) abgeklärt wurde.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose HI, bei denen die zugrundeliegende Pathologie durch geeignete Bildgebung abgeklärt wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Abklärung der zugrundeliegenden Pathologie bei allen Patienten mit gesicherter HI.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	3D-/Kontrast-Echokardiographie bei uneindeutigen Befunden der konventionellen Echokardiographie. Transösophageale Echokardiographie wenn die transthorakale Echokardiographie nicht ausreichend aussagekräftig ist (z.B. bei Adipositas); Mitbeurteilung von Klappenvitien. Kardiale Kernspintomographie: Bestimmung der Ätiologie in Hinblick auf Therapieplanung (z.B. Myokarditis); kardiale Computertomographie: Ausschluss von stenosierender. Röntgen-Thorax: differentialdiagnostische Abklärung von Dyspnoe, Identifikation von Pleuraerguss, pulmonaler Stauung, Kardiomegalie. Vena-cava-Ultraschall: Bestimmung des Volumenstatus; Nuklearmedizinische Verfahren (z.B. SPECT, PET) ggf. bei speziellen Fragestellungen im Rahmen der Diagnostik der KHK. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I/IIa).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit HI, bei denen die zugrundeliegende Pathologie durch geeignete Bildgebung identifiziert wird. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Echokardiographie mit Bestimmung der linksventrikulären Ejektionsfraktion im Rahmen der Erstabklärung (Indikator 05-D).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Die jeweilige Untersuchung durchführender GDL.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	08-D
Name des Indikators:	Dokumentierte NYHA – Klassifikation bei Erstdiagnose
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Erstdiagnose CHI, bei denen die NYHA-Klassifikation dokumentiert wurde.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose CHI, bei denen die NYHA-Klassifikation dokumentiert wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose CHI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Regelmäßige Dokumentation des klinischen Schweregrades.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz - Literaturquellen)	Die Einteilung der HI in verschiedene Schweregrade ermöglicht es, die Prognose der Patienten abzuschätzen sowie die Behandlung und Verlaufskontrollen stadiengerecht zu wählen. Da sich die Zielpopulationen in klinischen Studien und in weiterer Folge auch die Empfehlungen in Leitlinien an der NYHA-Klassifikation orientieren, stellt die Bestimmung der NYHA-Klasse die Grundlage für eine leitliniengerechte Behandlung dar. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Heckman et al., 2018; Mattsson et al., 2014; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Bestimmung des klinischen Stadiums; Klassifikation der HI gemäß NYHA; NYHA Functional Classification. (BÄK et al., 2019; Heckman et al., 2018; Mattsson et al., 2014; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Proportion of patients who undergo NYHA functional classification ≤ 12 weeks after admission or first outpatient contact. (Schjødt et al., 2016) Dokumentierte Anamnese (01-D).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Case Manager (Hausarzt oder Internist).
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	09-D
Name des Indikators:	Abklärung durch Kardiologen i.R. der Erstdiagnose
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Erstdiagnose HI, die zur weiteren Abklärung an einen Kardiologen überwiesen wurden.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose HI, die zur weiteren Abklärung an einen Kardiologen überwiesen wurden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Im Rahmen der Erstdiagnostik einer HI soll eine Überweisung zum Kardiologen erfolgen, um die verursachende Erkrankung zu diagnostizieren, die Art und das Ausmaß der HI zu bestimmen und ggf. Ansätze für eine kausale Therapie zu identifizieren. (Nothacker et al., 2011)
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Die Kooperation zwischen Hausärzten und HI-Spezialisten sollte im Rahmen eines DMP genauso gefördert werden wie die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen (häusliche Pflege) oder Rehabilitationseinrichtungen. Adults with suspected chronic heart failure who have been referred for diagnosis should have an echocardiogram and be seen by a specialist. (NICE, 2018)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR B), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit Verdachtsdiagnose HI, die zur Echokardiographie an einen Spezialisten überwiesen wurden. (AOK-Bundesverband et al., 2010) Diagnosis by a Specialist. (NICE, 2018)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Dokumentierter Termin bei einer einem Kardiologen innerhalb von 14 Tagen nach Diagnosestellung (Indikator 10-D).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (ÄAO*) 2015) bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (ÄAO 2006) oder Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiographie.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	10-D
Name des Indikators:	Dokumentierter Termin bei einer einem Kardiologen innerhalb von 14 Tagen nach Diagnosestellung
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit Erstdiagnose HI, die innerhalb von 14 Tagen nach Diagnosestellung einen Termin bei einem Kardiologen erhalten.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose HI, die innerhalb von 14 Tagen nach Diagnosestellung einen Termin bei einem Kardiologen erhalten haben.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose HI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Verbesserter Zugang zur Versorgung durch Spezialisten.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Die Kooperation zwischen Hausärzten und HI-Spezialisten sollte im Rahmen eines DMP genauso gefördert werden wie die Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen (häusliche Pflege) oder Rehabilitationseinrichtungen. Evidence of local arrangements and written clinical protocols to ensure that adults with suspected chronic heart failure and very high levels of serum natriuretic peptides, who have been referred for diagnosis, have an echocardiogram and specialist assessment within 2 weeks. Adults with stable chronic heart failure have a review of their condition at least every 6 months. (NICE, 2018)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR IIa), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten, die spätestens innerhalb von 14 Tagen Zugang zu einem Kardiologen haben. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Urgent specialist assessment within two weeks. (NICE, 2018) Review of people with stable chronic heart failure. (NICE, 2018) Specialist review of patients with persistent NYHA class-IV HF. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019) Diagnosen durch eine einen Spezialisten (Indikator 09-D).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (ÄAO*) 2015) bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (ÄAO 2006) oder Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiographie.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	11-D
Name des Indikators:	Dokumentierte Besprechung einer Rehabilitation
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen P-Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung, mit denen die Option einer Rehabilitation besprochen wurde.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten, mit denen die Option einer Rehabilitation besprochen wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Verbesserter Zugang zur Rehabilitation.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Rehabilitationsprogramme für Patienten mit CHI sollen folgende Grundelemente umfassen: Implementierung einer leitlinienkonformen und individuell angemessenen Medikation, ärztlich überwacht und individuell ausgerichtetes körperliches Training, Erfassung der psychosozialen Situation und ggf. Therapie psychischer Probleme bzw. Sozialberatung, Patientenschulung, Angebote zur Lebensstiländerung (z.B. Raucherentwöhnungsprogramme). (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019; Nothacker et al., 2011) Programmes of cardiac rehabilitation can help to extend and improve the quality of a person's life through monitored exercise, emotional support and education about lifestyle changes to reduce the risks of further heart problems. (NICE, 2018)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR IIa), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Unabhängig vom Behandlungsziel sollte vom betreuenden Arzt die Möglichkeit einer Rehabilitation (ambulant oder stationär) in Betracht gezogen werden und ggf. sollten die notwendigen weiteren Schritte eingeleitet werden (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). (Van Engen-Verheul, Kemps, Kraaijenhagen, De Keizer & Peek, 2011)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Options/Programme for cardiac rehabilitation. (NICE, 2018; The Canadian Cardiovascular Society, 2019)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	12-MT Medikamentöse Therapie
Name des Indikators:	Behandlung mit ACE-Hemmer oder ARB
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) ohne Kontraindikation, die mit einem ACE-Hemmer oder ARB behandelt werden.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit HFrEF ohne Kontraindikation, die mit einem ACE-Hemmer oder ARB behandelt werden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit HFrEF.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Patienten mit Kontraindikation für ACE-Hemmer oder ARB.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Hoher Anteil von Patienten mit HFrEF, die einen ACE-Hemmer oder ARB erhalten.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Sowohl symptomatische als auch asymptomatische Patienten mit einer nachgewiesenen systolischen Dysfunktion (EF < 35–40 %) sollten bei fehlender Kontraindikation einen ACE-Hemmer in schrittweise ansteigender Dosierung bis zur höchsten tolerierten Dosis erhalten, die maximal der in Studien ermittelten Zieldosis entspricht. Patienten, die ACE-Hemmer nicht tolerieren, können, wenn asymptomatisch (NYHA I), und sollen, wenn symptomatisch (NYHA II–IV), einen AT1-Blocker erhalten. (AOK-Bundesverband et al., 2010) Metaanalysen über mehrere randomisiert-kontrollierte Studien belegen unter Therapie mit ACE-Hemmern eine reduzierte Sterblichkeit bei Patienten mit HI in den Stadien NYHA II–IV. Zudem wird die Krankheitsprogression reduziert, die Hospitalisierungsrate gesenkt sowie die Symptomatik und Belastungstoleranz verbessert. Die Daten zur Mortalität und Morbidität unter AT1-Rezeptorantagonisten gegenüber ACE-Hemmern sind inkonsistent. AT1-Rezeptorantagonisten sollten daher nicht per se als Äquivalent zu ACE-Hemmern in die Therapie aufgenommen werden, sondern stellen eine Alternative dar, wenn ACE-Hemmer nicht toleriert werden. (AOK-Bundesverband et al., 2010; Azad et al., 2016; BÄK et al., 2019; Baudendistel et al., 2015; Cook et al., 2010; Grandin & Jessup, 2015; Hamatani et al., 2020; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2010; Howlett et al., 2013; Kale et al., 2013; Laux et al., 2011; Mattsson et al., 2014; Mosalpuria et al., 2014, 2014; Nothacker et al., 2011; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019; Zallman et al., 2010)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit CHI mit HFrEF, die mit einem ACE-Hemmer oder AT1-Blocker behandelt werden. (AOK-Bundesverband et al., 2010)

Indikator-ID:	12-MT Medikamentöse Therapie
Name des Indikators:	Behandlung mit ACE-Hemmer oder ARB
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der Teilnehmer ohne Kontraindikation, die einen ACE-Hemmer oder ARB erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) Anteil der Teilnehmer ohne Kontraindikation, die eine Kombination von ACE-Hemmern oder ARB und einem Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) Behandlung mit Betablockern/ACE-Hemmern/ARB (Indikator 14-T).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	13-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Betablockern
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) ohne Kontraindikation, die mit einem Betablocker behandelt werden.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit CHI mit HFrEF ohne Kontraindikation für Betablocker, die mit einem Betablocker behandelt werden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit CHI mit HFrEF.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Kontraindikation für Betablocker.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Hoher Anteil von symptomatischen Patienten mit HFrEF, die einen Betablocker erhalten.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Alle symptomatischen Patienten mit HI (NYHA II–IV) sollten bei fehlender Kontraindikation mit einem der folgenden Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden: Carvedilol, Bisoprolol oder Metoprololsuccinat. Bei Patienten über 70 Jahren kann auch Nebivolol gegeben werden. Asymptomatische Patienten (NYHA I) sollten Beta-Rezeptorenblocker nach einem stattgefundenen Myokardinfarkt erhalten. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) Metaanalysen über mehrere randomisiert-kontrollierte Studien belegen unter Therapie mit bestimmten Beta-Rezeptorenblockern (Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol) eine reduzierte Sterblichkeit bei Patienten der NYHA-Stadien II–IV, bei Patienten nach Myokardinfarkt auch im Stadium NYHA I. Zudem lässt sich eine Reduktion der Gesamtmortalität, der Krankheitsprogression sowie der Hospitalisierungsrate und eine Verbesserung der klinischen Symptome erkennen. Bei älteren Patienten (> 70 Jahre) mit einer HI-bedingten Hospitalisierung oder einer Ejektionsfraktion (EF) < 35% konnte darüber hinaus für Nebivolol eine Reduktion des kombinierten Endpunkts aus Sterblichkeit und Krankenhauseinweisung nachgewiesen werden. (AOK-Bundesverband et al., 2010; Azad et al., 2016; BÄK et al., 2019; Grandin & Jessup, 2015; Hamatani et al., 2020; Heidenreich et al., 2014, 2014; Howlett et al., 2010; Howlett et al., 2013; Kale et al., 2013; Laux et al., 2011; Mattsson et al., 2014; Mosalpuria et al., 2014; Nothacker et al., 2011; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).

Indikator-ID:	13-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Betablockern
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit HI, die mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der Teilnehmer ohne Kontraindikation, die einen Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) In-hospital use of beta blockers. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019) Behandlung mit Betablockern/ACE-Hemmern/ARB (Indikator 14-T).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	14-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit ACE-Hemmer oder ARB und Betablocker
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) ohne Kontraindikation für Betablocker, die mit einer Kombination von einem ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker behandelt werden.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit HFrEF ohne Kontraindikation für Betablocker, die mit einer Kombination von einem ACE-Hemmer und einem Betablocker behandelt werden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit HFrEF.
Ausschlusskriterien	Kontraindikation für Betablocker.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Hoher Anteil von Teilnehmer, die eine Kombination von ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker erhalten.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	For all patients with HF with reduced ejection fraction, an ACEi and b-blocker is recommended. (Smets et al., 2019) Bei Patienten, die eine Behandlung mit ACE-Hemmern nicht tolerieren (z.B. aufgrund eines ACE-Hemmer-bedingten Hustens), kann der Wechsel auf einen ARB zur Beschwerdebesserung oder Beschwerdefreiheit führen. Die Kombination eines ACE-Hemmers mit einem ARB (duale Renin-Angiotensin Aldosteron-System – RAAS-Blockade) wird aufgrund des ungünstigen Nutzen-Schaden-Profiles nicht empfohlen. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) Adults with chronic heart failure who have reduced ejection fraction are started on low-dose angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor and beta-blocker medications that are gradually increased until the target or optimal tolerated doses are reached. (NICE, 2018)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anzahl der Teilnehmer ohne Kontraindikation, die eine Kombination von ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer des DMP. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Medication for chronic heart failure with reduced ejection fraction. (NICE, 2018) In-hospital use of ACEi, BB or ARB. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019) Behandlung mit ACE-Hemmern oder AT1-Blocker (Indikator 12-T). Behandlung mit Betablockern (Indikator 13-T).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Indikator-ID:	14-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit ACE-Hemmer oder ARB und Betablocker
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	15-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Aldosteron Rezeptor-Antagonisten
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) und persistierender Symptomatik nach einer Therapie mit ACE-Hemmern und Betablockern sowie ohne Kontraindikation für AldA, die zusätzlich einen Aldosteron-Rezeptor-Antagonisten erhalten.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit HFrEF und persistierender Symptomatik nach einer Therapie mit ACE-Hemmer und Betablocker sowie ohne Kontraindikation für AldA, die zusätzlich einen Aldosteron-Rezeptor-Antagonisten erhalten.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit HFrEF und persistierender Symptomatik nach einer Therapie mit ACE-Hemmer und Betablocker.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Patienten mit Kontraindikation gegen Aldosteron-Rezeptor-Antagonisten.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Hoher Anteil von trotz leitliniengerechter Therapie symptomatischen Patienten mit zusätzlicher Therapie mit Mineralokortikoidrezeptorantagonisten.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Patienten mit CHI mit HFrEF, die trotz leitliniengerechter Therapie mit einem ACE-Hemmer und einem Betarezeptorenblocker symptomatisch sind, sollen zusätzlich Mineralokortikoidrezeptorantagonisten empfohlen werden. Das Monitoring von Patienten, die Mineralokortikoidrezeptorantagonisten erhalten, soll aufgrund des Hyperkaliämierisikos in der Einstellungsphase engmaschig, danach mindestens viermonatlich erfolgen. (BÄK et al., 2019; Fu et al., 2015; Grandin & Jessup, 2015; Hamatani et al., 2020; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2010; Howlett et al., 2013, 2013; Mattsson et al., 2014; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Numerator: Patients who were prescribed an aldosterone receptor antagonist during hospital stay; Denominator: Moderate or severe CHF patients with LVSD and without contraindications to aldosterone receptor antagonist (e.g., hypotension, hyperkalemia, renal dysfunction). (Fu et al., 2015)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Proportion of patients with reduced systolic function (LVEF ≤35%) treated with mineralocorticoid receptor antagonist; ≤ 12 weeks after admission or first outpatient contact. (Schjødt et al., 2016)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Indikator-ID:	15-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Aldosteron Rezeptor-Antagonisten
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	16-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Ivabradine
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) und persistierender Symptomatik nach Standardtherapie mit einer Herzfrequenz >75 und keinen Kontraindikationen, die Ivabradine erhalten.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit HFrEF und persistierender Symptomatik nach Standardtherapie mit einer Herzfrequenz > 75 und ohne Kontraindikation, die Ivabradine erhalten.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit HFrEF und persistierender Symptomatik nach Standardtherapie.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Exclusions: Demonstrated allergy or intolerance (for any reason) to ivabradine; Symptomatic bradycardia or advanced heart block without a pacemaker; resting heart rate <60 beats per minute; pacemaker dependent; History or current finding of atrial fibrillation or atrial flutter; Documented patient refusal to take these medications. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019) Unter Therapie mit Ivabradin soll der Herzrhythmus regelmäßig kontrolliert werden. Liegt kein stabiler Sinusrhythmus vor, soll die Therapie beendet werden. (BÄK et al., 2019)
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Improvement of cardiovascular death and HF hospitalizations as adjunctive therapy to standard HF medication. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019)
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	All patients with: 1) HF and LVEF < 40% or a qualitative description of LV function consistent with moderate or severe systolic dysfunction AND 2) whose heart rate is greater than or equal to 77 bpm in sinus rhythm AND 3) who remain symptomatic despite treatment with appropriate doses of guideline-directed medical therapy (GDMT) should be assessed as to whether they are taking ivabradine at each clinic visit; for patients not receiving ivabradine, the reasons should be clearly documented. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019) High value is placed on the improvement of cardiovascular death and HF hospitalizations as adjunctive therapy to standard HF medication treatments in a selected HF population. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR B), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR IIa), ESC 2016 (GoR IIa).

Indikator-ID:	16-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Ivabradine
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	17-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Diuretika
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI mit Flüssigkeitsretention und ohne Kontraindikation, die Diuretika erhalten.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit Flüssigkeitsretention und ohne Kontraindikation, die Diuretika erhalten.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit CHI und Flüssigkeitsretention.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Patienten mit Kontraindikationen.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Leitliniengerechte Therapie: Behandlung mit Diuretika.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Bei Patienten mit HI und reduzierter Ejektionsfraktion, die Zeichen einer Flüssigkeitsretention aufweisen, sollen Diuretika empfohlen werden. (BÄK et al., 2019; Fu et al., 2015; Mosalpuria et al., 2014; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Numerator: Patients who were prescribed a diuretic during hospital stay; Denominator: CHF patients with fluid retention and without contraindications to diuretic (e.g., gout, liver dysfunction, renal dysfunction, electrolyte disturbance, hypotension). (Fu et al., 2015)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	18-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Antikoagulantien
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit HI und Vorhofflimmern und ohne Kontraindikation, die mit oralen Antikoagulantien behandelt werden.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit HI und Vorhofflimmern und ohne Kontraindikation, die mit oralen Antikoagulantien behandelt werden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit HI und Vorhofflimmern.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Kontraindikation gegen orale Antikoagulantien.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Zur Verhinderung eines thromboembolischen Ereignisses sollten alle Patienten mit HI und Vorhofflimmern bei fehlenden Kontraindikationen oral antikoaguliert werden.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Belegt ist durch eine Metaanalyse ein vermindertes Schlaganfallrisiko für HI-Patienten mit Vorhofflimmern unter oraler Antikoagulation. Für Patienten im Sinusrhythmus gilt dies im Einzelfall bei Vorliegen von intrakavitären Thromben, Ventrikulaneurysmata, thromboembolischen Ereignissen oder höchstgradig reduzierter linksventrikulärer Funktion. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019; Fu et al., 2015; Grandin & Jessup, 2015; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2010; Howlett et al., 2013) Patienten mit HI ohne weitere Indikation zur Blutgerinnungshemmung sollen keine Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer erhalten. (BÄK et al., 2019) We recommend oral anticoagulation for AF in patients with HF unless contraindicated, as per current CCS guidelines, and not to coadminister antiplatelet agents unless the latter are strongly indicated for other reasons. (Ezekowitz et al., 2017) There is no evidence on the benefits of antiplatelet drugs (including acetylsalicylic acid) in patients with HF without accompanying CAD, whereas there is a substantial risk of gastrointestinal bleeding, particularly in elderly subjects, related with this treatment. (Ponikowski et al., 2016)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit HI, die bei Vorhofflimmern mit oralen Antikoagulantien behandelt werden. (AOK-Bundesverband et al., 2010) Percentage of eligible patients receiving deep venous thrombosis prophylaxis. (Heidenreich et al., 2014)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Numerator: Patients who were prescribed warfarin during hospital stay; Denominator: CHF patients with atrial fibrillation and without contraindications to warfarin (e.g., bleeding episode, liver dysfunction, renal dysfunction, hypertension, allergy to warfarin). (Fu et al., 2015)
Qualitätsdimension (lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit

Indikator-ID:	18-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Antikoagulantien
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	19-MT
Name des Indikators:	Behandlung mit Statinen
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI auf Basis einer KHK, die mit einem Statin behandelt werden.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit CHI auf Basis einer KHK, die mit einem Statin behandelt werden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit CHI auf Basis einer KHK.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Leitlinienkonforme Therapie: Behandlung mit Statinen.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Lipidsenkung: Die NVL Chronische KHK empfiehlt, bei Patienten mit ischämischer Genese der HI eine Statintherapie fortzuführen, vor allem in zeitlicher Nähe zu akuten koronaren Ereignissen. Die Leitliniengruppe der NVL Chronische HI schließt sich dieser Einschätzung an und empfiehlt zudem, bei Patienten mit palliativer Zielsetzung die Indikation kritisch zu prüfen, da eine Statintherapie keinen kurzfristigen Effekt auf Lebensqualität und Symptomatik hat. (BÄK et al., 2019) Use of statins in eligible patients if underlying CAD, PVD, CVD or diabetes. (Grandin & Jessup, 2015; Howlett et al., 2010; Howlett et al., 2013) We recommend against statins used solely for the indication of HF in the absence of other indications for their use. Statin treatment should be in accordance with primary and secondary prevention guidelines for CVD. (Ezekowitz et al., 2017) In patients with MI, statins should be used to prevent HF. Statins are not beneficial as adjunctive therapy when prescribed solely for the diagnosis of HF in the absence of other indications for their use. (Ezekowitz et al., 2017)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I/III), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit HI auf Basis einer KHK, die mit einem Statin behandelt werden. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Percentage of eligible patients receiving statin therapy. (Grandin & Jessup, 2015; Howlett et al., 2010; Howlett et al., 2013)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	20-MT
Name des Indikators:	Behandlung frei von kontraindizierter Medikation
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, die keine kontraindizierten Medikamente erhalten.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, die keine kontraindizierten Medikamente erhalten.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Leitliniengerechte Therapie unter sorgfältiger Berücksichtigung von Kontraindikationen.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Unter Berücksichtigung der Kontraindikationen sollen vorrangig Medikamente zur Behandlung der HI verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit in randomisierten, kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Um die nachgewiesene Morbiditäts- und Mortalitätsreduktion zu erreichen, soll eine vorsichtige Aufdosierung unter engmaschiger Kontrolle der subjektiven Verträglichkeit, der Vitalparameter und der laborchemischen Befunde erfolgen. Die Titration soll in kleinen Schritten und mit der gebotenen Wartezeit zur Beobachtung der Wirkung erfolgen. Insbesondere bei bestehender Komorbidität sollten Blutdruck, Herzfrequenz, Herzrhythmus und der Elektrolythaushalt (Natrium und Kalium) sowie die Nierenfunktion kontrolliert werden. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit HI, die keine kontraindizierten Medikamente erhalten. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	21-MT Dosierung
Name des Indikators:	Zieldosierung oder maximal tolerierte Dosis
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, die die Zieldosierung oder die maximal tolerierte Dosis von ACE-Hemmern/ARB und/oder Betablockern erreichen.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, die die Zieldosierung oder die maximal tolerierte Dosis von ACE-Hemmern/ARB und/oder Betablockern erreichen.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, die ACE-Hemmer/ARB und/oder Betablocker erhalten.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Hoher Anteil von Patienten mit erreichter Zieldosierung oder maximal tolerierter Dosis von ACE-Hemmern/ARB und/oder Betablockern.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Eine adäquate pharmakologische Therapie, d.h. eine Verabreichung der entsprechenden Substanzklassen in der notwendigen Dosierung (Zieldosis) kann das Überleben mehr als verdreifachen. (Flotta et al., 2012; McKelvie et al., 2016; Van Engen-Verheul et al., 2011) Die Dosierung von ACE-Hemmern und Betablockern ist bei symptomatischer Hypotonie entsprechend anzupassen, so dass die Behandlung vom Patienten toleriert wird. Dabei ist zu beachten, dass vor einer Dosisreduktion aufgrund einer symptomatischen Hypotonie zunächst die Dosierung der übrigen blutdrucksenkenden Begleitmedikation reduziert wird. (BÄK et al., 2019; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) Multimorbiden und/oder Patienten mit CHI sollen die in dieser Leitlinie empfohlenen Therapiemaßnahmen angeboten werden, jedoch unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Therapieziele, der spezifischen Begleiterkrankungen und ggf. in angepasster Dosierung. (BÄK et al., 2019) We recommend preferentially using the specific drugs at target doses that have been proven to be beneficial in clinical trials as optimal medical therapy. If these doses cannot be achieved, the maximally tolerated dose is acceptable. (Azad et al., 2016) Evidence of local arrangements to ensure that adults with chronic heart failure have a review within 2 weeks of any change in the dose or type of their heart failure medication. (NICE, 2018) Motivationsförderung zur konsequenten Einhaltung des vereinbarten Behandlungsplans (z. B. Erreichung von Zieldosierungen). (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Teilnehmer, die die Zieldosierung oder maximal tolerierte Dosis von ACE-Hemmern/ARB und/oder Betablockern erreicht haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmer mit ACE-Hemmer/ARB und/oder Betablocker. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020)

Indikator-ID:	21-MT Dosierung
Name des Indikators:	Zieldosierung oder maximal tolerierte Dosis
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	22-TD Devices
Name des Indikators:	Behandlung mit kardialer Resynchronisation
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit symptomatischer CHI (NYHA II-IV) trotz optimaler leitliniengerechter Therapie und mit Indikation zur kardialen Resynchronisation (Ejektionsfraktion < 35%, linksventrikuläre Dilatation, Sinusrhythmus, QRS>120ms), bei denen eine kardiale Resynchronisation durchgeführt wurde.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit symptomatischer CHI (NYHA II-IV) trotz optimaler leitliniengerechter Therapie und mit Indikation zur kardialen Resynchronisation (Ejektionsfraktion < 35%, linksventrikuläre Dilatation, Sinusrhythmus, QRS>120ms), bei denen eine kardiale Resynchronisation durchgeführt wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit symptomatischer CHI (NYHA II-IV) trotz optimaler leitliniengerechter Therapie und mit Indikation zur kardialen Resynchronisation.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Zugang zur kardialen Resynchronisationstherapie.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz - Literaturquellen)	Eine additive kardiale Resynchronisationstherapie kann im Vergleich zu einer alleinigen medikamentösen Therapie die Sterblichkeit verringern, die Zahl von Hospitalisierungen und Dekompensationen reduzieren sowie die Symptomatik, Belastbarkeit und Lebensqualität verbessern. Eine kardiale Resynchronisation soll symptomatischen Patienten empfohlen werden, die folgende Voraussetzungen erfüllen: reduzierte Ejektionsfraktion $\leq 35\%$ trotz optimaler medikamentöser Therapie, Sinusrhythmus, QRS-Komplex ≥ 130 ms, Linksschenkelblock. (BÄK et al., 2019; Baudendistel et al., 2015; Grandin & Jessup, 2015; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2010; Howlett et al., 2013; Nothacker et al., 2011; Pohontsch et al., 2015, 2015) Eine kardiale Resynchronisation soll nicht eingesetzt werden bei Patienten mit QRS-Komplex < 130 ms. (BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Z: Anzahl der Patienten mit kardialer Resynchronisation durch biventrikuläre Stimulation; N: Alle Patienten mit NYHA III/IV mit Ejektionsfraktion < 35%, linksventrikulärer Dilatation, Sinusrhythmus, optimale leitliniengerechte Therapie und QRS > 120ms. (Nothacker et al., 2011)

Indikator-ID:	22-TD Devices
Name des Indikators:	Behandlung mit kardialer Resynchronisation
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Numerator: Number of patients with cardiac resynchronization through bi-ventricular stimulation. Denominator: All patients with NYHA III-IV and cardiac ejection fraction <35%, left ventricular dilatation, sinus rhythm, optimal medical therapy according to the guidelines and QRS>120 ms. (Pohontsch et al., 2015) Anteil der Patienten mit HI mit kardialer Resynchronisation durch biventrikuläre Stimulation. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	Spezialabteilung/HI-Spezialist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Spezialabteilung/HI-Spezialist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	23-TD
Name des Indikators:	Behandlung mit implantierbarem Kardioverter-Defibrillator
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI und bestehender Indikation für einen implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (ICD), bei denen ein solcher implantiert wird.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, bei denen ein ICD implantiert wird.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI und bestehender Indikation für einen ICD.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Zugang zur Behandlung mit ICD.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Der plötzliche Herztod (Sudden Cardiac Death) ist eine der häufigsten Todesursachen von Patienten mit CHI. Ein ICD kann durch die Abgabe eines Schocks oder Anti Tachycardia Pacing den plötzlichen Herztod infolge einer ventrikulären Tachyarrhythmie wirksam verhindern. (BÄK et al., 2019) Indikationen: Zur Sekundärprävention nach lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen: • Patienten nach überlebtem plötzlichen Herztod, • anhaltende, hämodynamisch wirksame Kammer-tachykardien (die nicht durch vermeidbare Ursachen bedingt sind). Zur Primärprävention des plötzlichen Herztodes bei ischämischer Kardiomyopathie: Patienten mit einer trotz optimaler Pharmakotherapie hochgradig eingeschränkten LVEF ≤ 35 % und HI im Stadium NYHA II-III. Bei Patienten in der chronischen Postinfarktphase gilt dies frühestens vierzig Tage nach dem Infarkt ereignis. (BÄK et al., 2019; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) <i>„Vor Evaluierung für ein HI-Device (CRT oder ICD in primärprophylaktischer Indikation) ist eine Auftitration der HI-Medikation lt. Einstellungspfad und anschließend eine 3-monatige Wartezeit gefordert.“</i> (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Percentage of eligible patients receiving ICD. (Grandin & Jessup, 2015; Hamatani et al., 2020; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2010; Howlett et al., 2013)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Behandlung mit kardialer Resynchronisation (Indikator 22-T).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.

Indikator-ID:	23-TD
Name des Indikators:	Behandlung mit implantierbarem Kardioverter-Defibrillator
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	Spezialabteilung/HI-Spezialist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Spezialabteilung/HI-Spezialist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	24-NMT Nicht medikamentöse Therapie
Name des Indikators:	Schulung der Patienten
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI, die eine spezifische Schulung erhalten haben (z.B. Kontrolle und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Gewicht, Beschwerden und Symptomatik, Umgang mit den Medikamenten, Adhärenz zu Medikation, Raucherentwöhnungsprogramme, Lebensstil-Empfehlungen und körperlicher Aktivität/Training).
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, die eine spezifische Schulung erhalten haben.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Förderung der Selbstkompetenz der Patienten durch krankheitsspezifische Schulung.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Schulungen für Patienten mit CHI vermitteln Wissen über Erkrankung und Therapiemöglichkeiten dienen der Einübung eines angemessenen Selbstmanagements (Kontrolle und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Gewicht, Beschwerden und Symptomatik, Umgang mit den Medikamenten) und zielen auf eine verbesserte Therapietreue (Adhärenz zu Medikation, Lebensstil-Empfehlungen und körperlicher Aktivität/Training). (BÄK et al., 2019) All patients with HF should be provided with clear information about HF and the treatment plan to support self-management. For all patients with HF, advanced care planning should be discussed as soon as possible in the process of HF. (Smets et al., 2019) Zur Rolle von Raucherentwöhnung, Alkoholabstinenz, Salzrestriktion und körperlicher Aktivität bei nicht-medikamentösen Therapie der HI existiert Evidenz. Eine adäquate Beratung kann hier unter Umständen zu einer Verhaltensänderung und damit zu einer verbesserten Prognose der HI führen. (Albuquerque et al., 2015; AOK-Bundesverband et al., 2010; Azad et al., 2016; BÄK et al., 2019; Cook et al., 2010; Flotta et al., 2012, 2012; Grandin & Jessup, 2015; Heckman et al., 2018; Heidenreich et al., 2014; Howlett et al., 2010; López-Sendón et al., 2015; McKelvie et al., 2016; Nothacker et al., 2011; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten mit HI, die eine Patientenschulung erhalten. (AOK-Bundesverband et al., 2010)

Indikator-ID:	24-NMT Nicht medikamentöse Therapie
Name des Indikators:	Schulung der Patienten
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der Teilnehmer, die an einer HI-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf die bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmern. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) Anteil der Patienten, die berichten, über den Umgang mit ihrer Erkrankung ausreichend informiert worden zu sein. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Qualitätsdimension (lt. Rahmenkonzept)	Patientenzentriertheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Noch festzulegen	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	25-NMT
Name des Indikators:	Beratung zur körperlichen Aktivität
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI NYHA I-III, bei denen eine Beratung zu körperlicher Aktivität durchgeführt wurde.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI NYHA I-III, bei denen eine Beratung zu körperlicher Aktivität durchgeführt wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI NYHA I-III.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität durch körperliches Training.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Patienten mit CHI sind körperlich wenig belastbar, sie kommen schnell außer Atem und ermüden rasch. Schränken sie aus diesen Gründen ihre körperlichen Aktivitäten ein, sinkt die periphermuskuläre und vaskuläre Kapazität und in weiterer Folge die Belastungstoleranz noch zusätzlich. Körperliche Aktivität und/oder medizinische Trainingsprogramme wirken dem entgegen. Körperliches Training hat zudem positive Effekte auf eine depressive Symptomatik und die allgemeine Lebensqualität. (BÄK et al., 2019) Patienten mit stabiler HI (NYHA I-III) sollen zu moderater körperlicher Aktivität, ggf. im Rahmen eines kardialen Rehabilitationsprogramms, ermutigt werden. Anmerkung: In Leitlinie genauer Trainingsplan (Umfang/Watt) genannt. Exercise training is a Class I recommendation for patients with HFrEF and is typically provided through an outpatient CR program. Exercise training has been shown to help improve functional capacity for patients with HFrEF. In addition, CR has been shown to improve functional capacity, exercise duration, HRQOL, and mortality (GoR IIa). (Baudendistel et al., 2015; Mattsson et al., 2014; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Thomas et al., 2018)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I/IIa), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Z: Anzahl der Patienten mit Dokumentation über Beratung zu körperlicher Aktivität; N: Alle Patienten mit HI und NYHA 1-3. (Nothacker et al., 2011)

Indikator-ID:	25-NMT
Name des Indikators:	Beratung zur körperlichen Aktivität
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der Patienten mit HI, die dazu angewiesen werden, regelmäßig, symptombegrenzt körperliche Aktivität auszuüben. (AOK-Bundesverband et al., 2010) Anteil der Patienten mit HI, bei denen der Grad körperlicher Aktivität erfasst wird. (AOK-Bundesverband et al., 2010) Anteil der Teilnehmer mit NYHA I-III, die regelmäßig körperliches Training betreiben, bezogen auf alle Teilnehmer mit NYHA I-III. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) Dokumentierte Schulung der Patientinnen bzw. Patienten und Patienten (Indikator 24-NMT). Patient education. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Patientenzentriertheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	26-NMT
Name des Indikators:	Körperliches Training
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI NYHA I-III, die regelmäßig spezielle Bewegungstherapie für Menschen mit einer solchen betreiben, bezogen auf alle Teilnehmer mit NYHA I-III.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI NYHA I-III, die regelmäßig spezielle Bewegungstherapie für Menschen mit einer solchen betreiben.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI NYHA I-III.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität durch körperliches Training.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Patienten mit CHI sind körperlich wenig belastbar, sie kommen schnell außer Atem und ermüden rasch. Schränken sie aus diesen Gründen ihre körperlichen Aktivitäten ein, sinkt die periphermuskuläre und vaskuläre Kapazität und in weiterer Folge die Belastungstoleranz zusätzlich. Körperliche Aktivität und/oder medizinische Trainingsprogramme wirken dem entgegen. Körperliches Training hat zudem positive Effekte auf eine depressive Symptomatik und die allgemeine Lebensqualität. (BÄK et al., 2019) Patienten mit stabiler HI (NYHA I-III) sollen zu moderater körperlicher Aktivität, ggf. im Rahmen eines kardialen Rehabilitationsprogramms, ermutigt werden. Anmerkung: In Leitlinie genauer Trainingsplan (Umfang/Watt) genannt. Exercise training is a Class I recommendation for patients with HFrEF and is typically provided through an outpatient CR program. Exercise training has been shown to help improve functional capacity for patients with HFrEF. In addition, CR has been shown to improve functional capacity, exercise duration, HRQOL, and mortality (GoR IIa). (Baudendistel et al., 2015; Mattsson et al., 2014; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Thomas et al., 2018)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I/IIa), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Teilnehmer mit NYHA I-III, die regelmäßig körperliches Training betreiben, bezogen auf alle Teilnehmer mit NYHA I-III. (Nothacker et al., 2011)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit CHI, bei denen eine Beratung zu körperlicher Aktivität durchgeführt wurde (Indikator 25-NMT). Anteil der Patienten mit HI, die dazu angewiesen werden, regelmäßig, symptombegrenzt körperliche Aktivität auszuüben. (AOK-Bundesverband et al., 2010) Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz, bei denen der Grad körperlicher Aktivität erfasst wird. (AOK-Bundesverband et al., 2010)

Indikator-ID:	26-NMT
Name des Indikators:	Körperliches Training
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Patientenzentriertheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	27-NMT
Name des Indikators:	Schulung zur Überwachung des Gewichts
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen eine Schulung zur Gewichtsmessung und Information über die Notwendigkeit, bei kurzfristigem Gewichtsanstieg den Arzt zu informieren, durchgeführt wurde.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, bei denen eine Schulung zur Gewichtsmessung und Information über die Notwendigkeit, bei kurzfristigem Gewichtsanstieg den Arzt zu informieren, durchgeführt wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Selbstkompetenz der Patienten hinsichtlich der Gewichtskontrolle.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz - Literaturquellen)	Weight reduction for overweight or obese individuals are important preventive strategies for HF. We recommend that health professionals caring for overweight or obese individuals should educate them about the increased risk of HF. (Van Engen-Verheul et al., 2011) Trotz fehlender hochwertiger Studien zu diesem Thema herrscht weitgehender Expertenkonsens darüber, dass eine regelmäßige Gewichtskontrolle von HI-Patienten (z.B. als Selbstmonitoring) positive Effekte auf die Behandlungsqualität hat. Das Gewichtsmonitoring war Teil der Case-Management-Studien, die insgesamt positive Effekte zeigten, sodass eine indirekte Evidenz für den Nutzen dieser Maßnahme besteht. Wichtig erscheint hier jedoch eine Patientenschulung, die adäquate Handlungsschemata bei einer raschen Gewichtszunahme vermittelt. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019; Baudendistel et al., 2015; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Mosalpuria et al., 2014; Nothacker et al., 2011; Pohontsch et al., 2015)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Z: Anzahl der Patienten mit dokumentierter Beratung zur Gewichtsmessung und Information über die Notwendigkeit, bei kurzfristigem Gewichtsanstieg den Arzt zu informieren; N: Alle symptomatischen Patienten mit HI. (Nothacker et al., 2011)

Indikator-ID:	27-NMT
Name des Indikators:	Schulung zur Überwachung des Gewichts
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Numerator: Number of patients with documented consultation on weight monitoring and the necessity of informing their practitioner about short-term weight gain. Denominator: all symptomatic patients with chronic heart failure. (Pohontsch et al., 2015) Anteil der Patienten, die sich an der Überwachung von Symptomen und an der Anpassung der Diuretika-Dosis beteiligen. (Mörtl et al., 2017) Outpatient weight taken. (Mosalpuria et al., 2014) Dokumentierte Beratung zur körperlichen Aktivität (Indikator 25-NMT). Dokumentierte Schulung der Patienten (Indikator 24-NMT).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Patientenzentriertheit
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	28-NMT
Name des Indikators:	Beratung über Impfungen
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen eine Beratung zur Grippeimpfung und zur Impfung gegen Pneumokokken durchgeführt wurde.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, bei denen eine Beratung zur Grippeimpfung und zur Impfung gegen Pneumokokken durchgeführt wurde.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Senkung des Risikos der Erkrankung an Influenza und Pneumokokken-Pneumonie.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Patienten mit HI soll jährlich eine Gripeschutzimpfung empfohlen werden. Patienten mit HI soll eine Impfprophylaxe gegen Pneumokokken empfohlen werden. (BÄK et al., 2019; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Grandin & Jessup, 2015; Heckman et al., 2018; Heidenreich et al., 2014; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR B), ESC 2016 (GoR II).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Influenza- und Pneumokokkenimpfung werden für mit CHI empfohlen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der Patienten mit HI, die eine jährliche Impfung gegen Influenza erhalten. Anteil der mit HI, die eine einmalige Impfung gegen Pneumokokken erhalten. (AOK-Bundesverband et al., 2010) Dokumentierte Schulung der Patienten (Indikator 24-NMT).
Qualitätsdimension (lt. Rahmenkonzept)	Sicherheit, Patientenzentriertheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	29-NMT
Name des Indikators:	Psychosoziale Unterstützung für Patienten
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, die psychosoziale Unterstützung erhalten.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, die psychosoziale Unterstützung erhalten.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Verbesserung der psychosozialen Situation von Patienten mit CHI.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Für die Verbesserung der Lebensqualität und für den Therapieerfolg erachtet es die Leitliniengruppe als wichtig, dass psychosoziale Probleme von Patienten und/oder Angehörigen frühzeitig diagnostiziert bzw. wiederholt erhoben und bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. (BÄK et al., 2019) Patienten mit CHI sollen nach Diagnosestellung sowie wiederholt im Krankheitsverlauf im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs bezüglich psychosozialer Belastung und psychischer/psychosomatischer Komorbidität befragt werden. Für die Erfassung der psychosozialen Belastung und der psychischen/psychosomatischen Komorbidität können standardisierte Fragebögen eingesetzt werden. Bei Hinweisen auf psychische/psychosomatische Komorbidität sollen weitere diagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen angewendet werden. (BÄK et al., 2019; Hamatani et al., 2020)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR IIa), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten, denen psychosoziale Unterstützung angeboten wird. (Mörtl et al., 2017)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Dokumentierte psychosoziale Unterstützung für Pflegepersonen und Angehörige der Patienten (30-NMT).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Patientenzentriertheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	30-NMT
Name des Indikators:	Psychosoziale Unterstützung für Pflegende und Angehörige
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, deren Pflegende und Angehörige psychosoziale Unterstützung erhalten.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI deren Pflegende und Angehörigen psychosoziale Unterstützung erhalten.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Verbesserung der psychosozialen Situation für Angehörige und Pflegende von Patienten mit CHI.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Emotional support to the patient and family/caregiver with appropriate referral for psychological or spiritual support. (Laux et al., 2014) Understand that depressive symptoms and cognitive dysfunction occur more frequently in people with HF, and that they may affect adherence. Recognize psychological problems which may occur in the course of disease, in relation to changed lifestyle, pharmacotherapy, implanted devices and other procedures (including mechanical support and heart transplantation). Regularly communicate information on disease, treatment options and self-management. Involve family and caregivers in HF management and selfcare. Refer to specialist for psychological support when necessary. (Mörtl et al., 2017) Für die Verbesserung der Lebensqualität und den Therapieerfolg erachtet es die Leitliniengruppe als wichtig, dass psychosoziale Probleme von Patienten und/oder Angehörigen frühzeitig diagnostiziert bzw. wiederholt erhoben und bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. (BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten, deren Angehörigen und Pflegepersonen psychosoziale Unterstützung angeboten wird. (Mörtl et al., 2017)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Bereitstellung einer psychosozialen Unterstützung für Patienten und deren Angehörige oder Pflegende/Betreuende (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). Assessment of cognitive function (The Canadian Cardiovascular Society, 2019) Psychosoziale Unterstützung der Patienten (29-NMT)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Patientenzentriertheit
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.

Indikator-ID:	30-NMT
Name des Indikators:	Psychosoziale Unterstützung für Pflegende und Angehörige
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	31-KV Kontinuität der Versorgung
Name des Indikators:	Termin beim Hausarzt nach Spitalsentlassung
Beschreibung des Indikators	Anteil der Patienten mit der Diagnose CHI, die innerhalb von zehn Tagen nach Spitalsentlassung einen Termin beim Hausarzt haben.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anteil der aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten mit der Diagnose CHI, die innerhalb von zehn Tagen nach Spitalsentlassung einen Termin beim Hausarzt haben.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der aus stationärer Behandlung wegen HI entlassenen Patienten.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Weiterbehandlung beim Hausarzt innerhalb von zehn Tagen nach Entlassung aus stationärer Behandlung wegen HI.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Patienten mit CHI nach stationärer Behandlung zählen zur primären Zielgruppe eines DMPs. (BÄK et al., 2019; Lindenfeld et al., 2010) Eine vollständige Teilnahme dieser Patientinnen- bzw. Patientengruppe ist daher anzustreben. In mehreren Leitlinien wird eine Kontrolle beim Hausarzt innerhalb von sieben bis zehn Tagen nach stationärer Entlassung, bei dem auch die Einbindung in ein strukturiertes Programm veranlasst werden kann, gefordert. (BÄK et al., 2019; Ponikowski et al., 2016) Scheduling an early follow-up visit (within 7 to 14 days) and early telephone follow-up (within 3 days) of hospital discharge are reasonable. (Baudendistel et al., 2015; Nothacker et al., 2011; Pohontsch et al., 2015) (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept) Intermediate risk - 1-6 months; Higher risks – 1-2 visits per month. In some cases might be weekly assessments or even more frequent especially if patient willing to undergo multiple visits to potentially avoid a hospitalization. (AOK-Bundesverband et al., 2010; Ezekowitz et al., 2017)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit, Kontinuität der Behandlung.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	Entlassendes Krankenhaus.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL (Allgemeinmediziner), bei dem bzw. der die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	GDL, bei dem bzw. der die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	32-KV
Name des Indikators:	Kontrolle beim betreuenden Arzt mindestens alle drei Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens alle drei Monate eine Kontrolle beim betreuenden Arzt haben.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens alle drei Monate eine Kontrolle beim betreuenden Arzt haben.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Regelmäßige Anpassung des Behandlungsplans. (Ezekowitz et al., 2017)
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Regelmäßige (alle drei Monate) Kontrolle von klinisch stabilen Patienten mit CHI beim Hausarzt (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). Patients with HF should have regular follow-up assessments, with their intensity and frequency tailored according to individual risk and stability. (Ezekowitz et al., 2017)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	CCS 2017 (GoR B).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Bei einem stabilen Patienten, deren Herzinsuffizienzmedikamente sich in Zieldosis befinden und der sämtliche der folgenden Eigenschaften ausweist: Normale Nieren- und Kaliumwerte, RRsyst. $\geq$ 90mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen. Bei Behandlungsziel 1 sind Kontrollen beim Allgemeinmediziner zumindest alle drei Monate vorgesehen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die mindestens einmal in drei Monaten einen Kontakt zum Hausarzt haben. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Mindestens eine Konsultation beim HI-Spezialisten in 18 Monaten bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko (Indikator 34-KV).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Kontinuität der Betreuung.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	33-KV
Name des Indikators:	Jährliche Echokardiographie bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens einmal im Jahr eine Echokardiographie bei einer einem Spezialisten erhalten.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens einmal im Jahr eine Echokardiographie bei einem Spezialisten erhalten.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Regelmäßige Überprüfung der Myokardfunktion.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	To reassess ventricular function with respect to response to medical therapy and to assess further progression of ventricular dysfunction. (Van Engen-Verheul et al., 2011) Jährliche Echokardiographie bei allen klinisch stabilen Patienten mit CHI. Einschlusskriterien: RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). Follow-up echocardiography should also be repeated if there is a significant change in the clinical status of the patient, either in terms of improvement or deterioration. (Ezekowitz et al., 2017)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	CCS 2017 (GoR B).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Alle sechs bis zwölf Monate sollte eine Echokardiographie beim niedergelassenen Internisten bzw. Kardiologen durchgeführt werden (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). Anteil der stabilen Patienten mit CHI, die alle sechs bis zwölf Monate eine Echokardiographie bekommen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der stabilen Hochrisikopatienten, bei denen alle drei Monate bei einem Facharzt eine Echokardiographie durchgeführt wird (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Kontinuität der Betreuung.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Indikator-ID:	33-KV
Name des Indikators:	Jährliche Echokardiographie bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (ÄAO 2015) bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (ÄAO 2006) oder Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiographie.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	34-KV
Name des Indikators:	Kontrolle bei der beim Kardiologen alle 12-18 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens einmal alle 12-18 Monate eine Konsultation bei einem HI-Spezialisten oder in einer HI-Ambulanz haben.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen), die mindestens einmal alle 12-18 Monate eine Konsultation bei einem HI-Spezialisten oder in einer HI-Ambulanz haben.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko (RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen).
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Regelmäßige Anpassung des Behandlungsplans. (Ezekowitz et al., 2017)
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Jährliche Kontrolle aller klinisch stabilen Patienten mit CHI bei einem HI-Spezialisten. Einschlusskriterien: RRsyst. $\geq$ 90mmHG, NYHA 1-III, keine oder minimale Stauungszeichen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	CCS 2017 (GoR B).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Ref 12, Behandlungsziel 1 für stabile Patienten: „Alle 12-18 Monate ist eine Kontrolle bei einer Herzinsuffizienz-Spezialistin bzw. einem Herzinsuffizienz-Spezialisten bzw. in einer Herzinsuffizienz-Ambulanz vorgesehen.“ Anteil der stabilen Patienten, bei denen alle 12-18 Monate eine Kontrolle bei einem Herzinsuffizienzspezialisten durchgeführt wird (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Mindestens ein Kontakt zum Hausarzt in drei Monaten bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko (Indikator 32-KV).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Kontinuität der Betreuung.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (ÄAO 2015) bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (ÄAO 2006).
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	35-KV
Name des Indikators:	Kontrolle bei einem Kardiologen mindestens alle drei Monaten für Patienten mit hohem Risiko
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit hohem Risiko (RRsyst. < 90mmHg, eGFR < 50ml/min/1.74m ² , NT-proBNP > 1000 pg/ml, Schleifendiuretikumbedarf mit Äquivalenzdosis ≥ 80mg/d Furosemid), die mindestens einmal in drei Monaten zur Kontrolle bei einem Kardiologen sind.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Patienten mit stabiler HI und hohem Risiko, die mindestens einmal in drei Monaten zur Kontrolle bei einer Kardiologen waren.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit stabiler HI und hohem Risiko.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Regelmäßige Anpassung des Behandlungsplans. (Ezekowitz et al., 2017)
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Regelmäßige (alle drei Monate) Kontrollen beim niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin (mit Echokardiographie) oder beim Facharzt für Kardiologie für alle Patienten mit CHI mit erhöhtem Risiko. Einschlusskriterien: RRsyst. < 90mmHg, eGFR < 50ml/min/1.74m ² , NT-proBNP > 1000 pg/ml, Schleifendiuretikumbedarf mit Äquivalenzdosis ≥ 80mg/d Furosemid (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	CCS 2017 (GoR B).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	<i>„Bei stabiler Hochrisikopatientin bzw. einem stabilen Hochrisikopatienten, die bzw. der trotz optimierter Therapie ein hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse hat und eines der folgenden Kriterien erfüllt: RRsyst. < 90 mmHg, eGFR < 50 ml/min/1,73 m², NT-proBNP > 1000 pg/ml, Schleifendiuretikumbedarf mit Äquivalenzdosis ≥ 80 mg/d Furosemid. Eine solche Patientin bzw. ein solcher Patient sollte zumindest alle 3 Monate bei der niedergelassenen Fachärztin bzw. dem niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin mit Echokardiographie bzw. der Fachärztin bzw. dem Facharzt für Kardiologie kontrolliert werden, d.h. hier erfolgt die hauptsächliche Therapie durch die niedergelassene Fachärztin bzw. den niedergelassenen Facharzt für Innere Medizin bzw. Kardiologie“</i> (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der Patienten mit sehr hohem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse trotz optimierter Therapie, die von einem HI-Spezialisten oder in einer HI-Ambulanz betreut werden (Indikator 36-KV).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Kontinuität der Betreuung.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Indikator-ID:	35-KV
Name des Indikators:	Kontrolle bei einem Kardiologen mindestens alle drei Monate für Patienten mit hohem Risiko
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (ÄAO 2015) bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (ÄAO 2006).
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	36-KV
Name des Indikators:	Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen bei Patienten mit sehr hohem Risiko
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit sehr hohem Risiko (schwere Symptome und Zeichen der HI, RRsyst. < 85 mmHg, eGFR < 30 ml/min/1,73 m ² , NT-proBNP > 2000 pg/ml.), die von einem HI-Spezialisten bzw. in einer HI-Ambulanz betreut werden.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit sehr hohem Risiko, die regelmäßig von einem HI-Spezialisten bzw. in einer HI-Ambulanz betreut werden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit sehr hohem Risiko.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Regelmäßige Anpassung des Behandlungsplans. (Ezekowitz et al., 2017)
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz - Literaturquellen)	Behandlung von Patienten mit sehr hohem Risiko bei einem HI-Spezialisten. Einschlusskriterien: Schwere Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz/RRsyst. < 85 mm Hg/eGFR < 30 ml/min/1,73 m ² , NT-proBNP > 2000 pg/ml (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	<i>„Bei einer Patientin bzw. einem Patienten mit sehr hohem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse trotz optimierter Therapie, die bzw. der eines der folgenden Kriterien erfüllt: schwere Symptome und Zeichen der HI, RRsyst. < 85 mmHg, eGFR < 30 ml/min/1,73 m², NT-proBNP > 2000 pg/ml. Diese Patientin bzw. dieser Patient sollte hauptsächlich über die HI-Spezialistin bzw. den HI-Spezialisten oder die HI-Ambulanz in enger Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich betreut werden.“</i> (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Mindestens eine Kontrolle bei einem Kardiologen innerhalb von drei Monaten für Patienten mit hohem Risiko (Indikator 35-KV).
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Kontinuität der Betreuung.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	Spezialabteilung/HI-Spezialist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Spezialabteilung/HI-Spezialist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	37-KV
Name des Indikators:	Regelmäßige NYHA-Klassifikation
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen bei jedem Arztbesuch die NYHA-Klassifikation dokumentiert wird.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen bei jedem Arztbesuch die NYHA-Klassifikation dokumentiert wird.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Monitoring des Schweregrades der HI zur Abschätzung der Prognose und zur stadiengerechten Wahl von Behandlung und Verlaufskontrollen. (BÄK et al., 2019)
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Die Einteilung der HI in verschiedene Schweregrade ermöglicht es, die Prognose der Patienten abzuschätzen sowie die Behandlung und Verlaufskontrollen stadiengerecht zu wählen. Da sich die Zielpopulationen in klinischen Studien und in weiterer Folge auch die Empfehlungen in Leitlinien an der NYHA-Klassifikation orientieren, stellt die Bestimmung der NYHA-Klasse die Grundlage für eine leitliniengerechte Behandlung dar. (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019; KBV, 2009; Mattsson et al., 2014; Pohontsch et al., 2015; Schjødt et al., 2016; Smets et al., 2019)
Leitlinie (Wenn Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Kontinuität der Betreuung.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	Spezialisierte HI-Ambulanz.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Spezialisierte HI-Ambulanz.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	38-KV
Name des Indikators:	Regelmäßige Laborkontrollen
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen mindestens alle sechs Monate wichtige Laborbefunde erhoben werden (Elektrolyte (insbesondere Kalium und Natrium) im Serum; Nierenretentionswerte (insbesondere Kreatinin) im Serum bzw. damit abgeschätzte GFR).
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen mindestens alle sechs Monate die oben genannten Laborbefunde erhoben werden.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Kontinuierliches Monitoring von klinischen Befunden, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Das regelmäßige Monitoring (Natrium, Kalium, Kreatinin) der Patienten ist wichtig, um auf geänderte klinische und psychosoziale Situationen oder ungünstige Arzneimittelwirkungen reagieren, die Therapieziele reevaluieren und ggf. die Behandlung anpassen zu können. (BÄK et al., 2019; Baudendistel et al., 2015; Nothacker et al., 2011; Pohontsch et al., 2015) Bei klinischem Verdacht auf eine Verschlechterung der Erkrankung kann hingegen aus Sicht der Autoren eine Bestimmung der natriuretischen Peptide hilfreich sein, um drohende Dekompensationen rechtzeitig zu erkennen. Auch für die Entscheidung über weitere Therapieintensivierungen können BNP und NTproBNP Hinweise liefern. Zur peptidwertgeleiteten Therapie ist die Studienlage inkonsistent. Bei Verdacht auf eine akut dekompensierte HI soll die stationäre Basisdiagnostik folgende Laborwerte umfassen: Blutgasanalyse (inkl. Laktat, Blutzucker), BNP oder NT-proBNP, Blutbild, Serumkreatinin und -harnstoff, Elektrolyte, Troponin, ggf. TSH, CRP. (BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Empfohlene Laboruntersuchungen bei medikamentöser Therapie der CHI. (BÄK et al., 2019)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Blood pressure control. (Grandin & Jessup, 2015; Howlett et al., 2010; Mosalpuria et al., 2014) Assessment of blood chemistry levels: electrolytes, blood urea nitrogen, creatinine. (Howlett et al., 2010; McKelvie et al., 2016) Anteil der Patienten, bei denen regelmäßig das Gewicht, der Ernährungsstatus, die Leistungsfähigkeit, die Lebensqualität und Laborwerte erfasst werden. (Mörtl et al., 2017)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Kontinuität der Betreuung, Sicherheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.

Indikator-ID:	38-KV
Name des Indikators:	Regelmäßige Laborkontrollen
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	39-KO
Name des Indikators:	Regelmäßige Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen mindestens einmal jährlich die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhoben wird.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bei denen mindestens einmal jährlich die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhoben wird.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Kontinuierliches Monitoring von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Patienten mit CHI sollen nach Diagnosestellung sowie wiederholt im Krankheitsverlauf im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs bezüglich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt werden. Für die Erfragung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität können standardisierte Fragebögen eingesetzt werden. Bei Einschränkungen spezifischer Bereiche der Lebensqualität sollen mögliche somatische und psychosoziale Ursachen ermittelt und ggf. mit dem Patienten Schritte zur weitergehenden Diagnostik und Behandlung vereinbart werden. (BÄK et al., 2019) The quality of life can be influenced by overall illness adjustment, sexual concerns, partner relationship and changes in domestic roles. (Dalteg, Benzein, Fridlund & Malm, 2011)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Erfassung von Lebensqualität. (BÄK et al., 2019)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Anteil der Patienten, bei denen regelmäßig das Gewicht, der Ernährungsstatus, die Leistungsfähigkeit, die Lebensqualität und die Laborwerte erfasst werden. (Mörtl et al., 2017) Patient-reported outcome measures data and disease-specific patient QoL assessment. (Azad et al., 2016; Mizuno et al., 2017; Pohontsch et al., 2015) Quality of life as patient-relevant aspects of HF care according to expert opinion. (Pohontsch et al., 2015)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Kontinuität der Betreuung, Patientenzentriertheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Prozessqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Indikator-ID:	39-KO
Name des Indikators:	Regelmäßige Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	40-KO Klinische Outcomes
Name des Indikators:	Symptomkontrolle nach Einschätzung der Patienten
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI der jeweiligen Versorgungseinrichtung, die berichten, dass ihre Symptome unter Kontrolle sind.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI die berichten, dass ihre Symptome unter Kontrolle sind.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Keine.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Symptomorientierung (Ziel: maximale Symptomkontrolle).
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Bei Patienten mit CHI und Komorbiditäten soll gemeinsam mit dem Patienten festgelegt werden, welche Erkrankungen bzw. Symptome vordringlich behandelt werden sollen und auf welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verzichtet werden kann. (BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR IIa), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Patienten, die über eine Kontrolle der Symptome ihrer HI berichten. (AOK-Bundesverband et al., 2010)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Patientenzentriertheit
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Ergebnisqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Ja (z.B. Alter, Geschlecht, Schweregrad).

Indikator-ID:	41-KO
Name des Indikators:	1-Jahres-Mortalitätsrate (alle Ursachen)
Beschreibung des Indikators	Anteil der innerhalb eines Jahres nach Einschreibung in das DMP verstorbenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung (1-Jahres-Mortalität).
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der innerhalb eines Jahres nach Einschreibung in das DMP verstorbenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Senkung der krankheitsspezifischen Mortalität.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Multidisziplinäre Versorgungsprogramme führen zu einer signifikanten Reduktion der Mortalität. Dies gilt insbesondere Patienten nach einer Krankenhausentlassung. (Feltner et al., 2014; McAlister, Stewart, Ferrua & McMurray, 2004) Eine Reduktion der Mortalität ist daher neben der Verbesserung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sowie einer Reduktion der Hospitalisierungsrate eines der wesentlichen Ergebnisqualitätsaspekte bzw. Qualitätsziele in jedem DMP. (BÄK et al., 2019; Ezekowitz et al., 2017; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Lindenfeld et al., 2010; Ponikowski et al., 2016) Im medizinischen Konzept für ein österreichweites DMP CHI werden diese Ziele ebenfalls angeführt (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Proportion of patients who die 1 year after admission to hospital or first outpatient contact; ≤1 year after admission or first outpatient contact. (Schjødt et al., 2016)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	In-hospital mortality: Numerator: Patients who died during hospital stay; Denominator: CHF patients. (Fu et al., 2015) Heart failure (1 year mortality). (Mattsson et al., 2014) Mortality: 30 days all-cause mortality. (López-Sendón et al., 2015)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-Prozess-, Ergebnisqualität)	Ergebnisqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist, Sozialversicherungsdaten.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch zu klären.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Ja (z.B. Alter, Geschlecht, Schweregrad).

Indikator-ID:	42-KO
Name des Indikators:	30-Tages-Mortalität (alle Ursachen)
Beschreibung des Indikators	Anteil der innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausentlassung verstorbenen Patienten mit CHI.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausentlassung verstorbenen Patienten.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der mit der Hauptdiagnose HI entlassenen Patienten.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Reduktion der Mortalität bei Krankenhausaufenthalten.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Multidisziplinäre Versorgungsprogramme führen zu einer signifikanten Reduktion der Mortalität. Dies gilt insbesondere bei Patienten nach einer Krankenhausentlassung. (Feltner et al., 2014; McAlister et al., 2004) Eine Reduktion der Mortalität ist daher neben der Verbesserung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sowie einer Reduktion der Hospitalisierungsrate eines der wesentlichen Ergebnisqualitätsaspekte bzw. Qualitätsziele in jedem DMP. (BÄK et al., 2019; Ezekowitz et al., 2017; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Lindendorf et al., 2010; Ponikowski et al., 2016) Im medizinischen Konzept für ein österreichweites DMP CHI werden diese Ziele ebenfalls angeführt (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Mortality: 30 days all-cause mortality. (López-Sendón et al., 2015)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	30 days all-cause mortality is preferred over mortality before hospital discharge only if reliable data can be obtained. (Fu et al., 2015; López-Sendón et al., 2015; Mattsson et al., 2014; Schjødt et al., 2016)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Ergebnisqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	Entlassende Krankenhausabteilung.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Akutkrankenhaus (LKF-Daten).
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Festlegung nach Nullmessung.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Ja (z. B. Alter, Geschlecht, Schweregrad).

Indikator-ID:	43-KO
Name des Indikators:	Rate ungeplanter stationärer Aufnahmen
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit ungeplanter HI-bedingter stationärer Behandlung im Beobachtungszeitraum, bezogen auf alle Teilnehmer.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten der jeweiligen Versorgungseinrichtung mit ungeplanter HI-bedingter stationärer Behandlung im Beobachtungszeitraum.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI im Beobachtungszeitraum.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	Geplante stationäre Behandlungen bzw. stationäre Behandlungen aus anderer Ursache.
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Niedriger Anteil von Teilnehmer mit ungeplanter HI-bedingter stationärer Behandlung.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Mehrere randomisiert kontrollierte Studien weisen auf eine Verringerung der Krankenhauseinweisungen und der Mortalität durch strukturierte multidisziplinäre Versorgungsprogramme hin. (Cleland et al., 2005; Rich et al., 1995; Stewart et al., 2002). Die Mehrheit dieser Studien konzentrierte sich auf die Phase nach der Krankenhausentlassung. Aus diesem Grund zählt die Reduktion von stationären Wiederaufnahmen zu den wichtigsten Zielen für DMPs. (BÄK et al., 2019; Ezekowitz et al., 2017; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Lindenfeld et al., 2010; Ponikowski et al., 2016; Yancy et al., 2013). Mehrere Leitlinien enthalten detaillierte Empfehlungen zum Entlassungsmanagement und zur post-stationären Überwachung in der Hochrisikophase. (BÄK et al., 2019; Lindenfeld et al., 2010; Ponikowski et al., 2016; Yancy et al., 2013). Das medizinische Konzept für ein österreichweites DMP CHI führt eine Reduktion der Krankenhausaufnahmen als primäres Ziel an (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept).
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	Anteil der Teilnehmer mit ungeplanter HI-bedingter stationärer Behandlung, bezogen auf alle Teilnehmer. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020)
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Rehospitalization: Unplanned readmission for any cause to any acute care hospital within 30 days of discharge from a hospitalization. (López-Sendón et al., 2015) Proportion of patients hospitalized acutely within 4 weeks after discharge or first outpatient contact. (Schjødt et al., 2016) The percentage of documented patients with HF who are readmitted for any cause within 30 d after discharge. (McKelvie et al., 2016) Readmitted within 4 weeks. (Mattsson et al., 2014) 30 Day Readmission Rate. (Cook et al., 2010; The Canadian Cardiovascular Society, 2019)

Indikator-ID:	43-KO
Name des Indikators:	Rate ungeplanter stationärer Aufnahmen
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit, Angemessenheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Ergebnisqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Akutkrankenhaus (LKF-Daten).
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Ja (Alter, Geschlecht, Schweregrad).

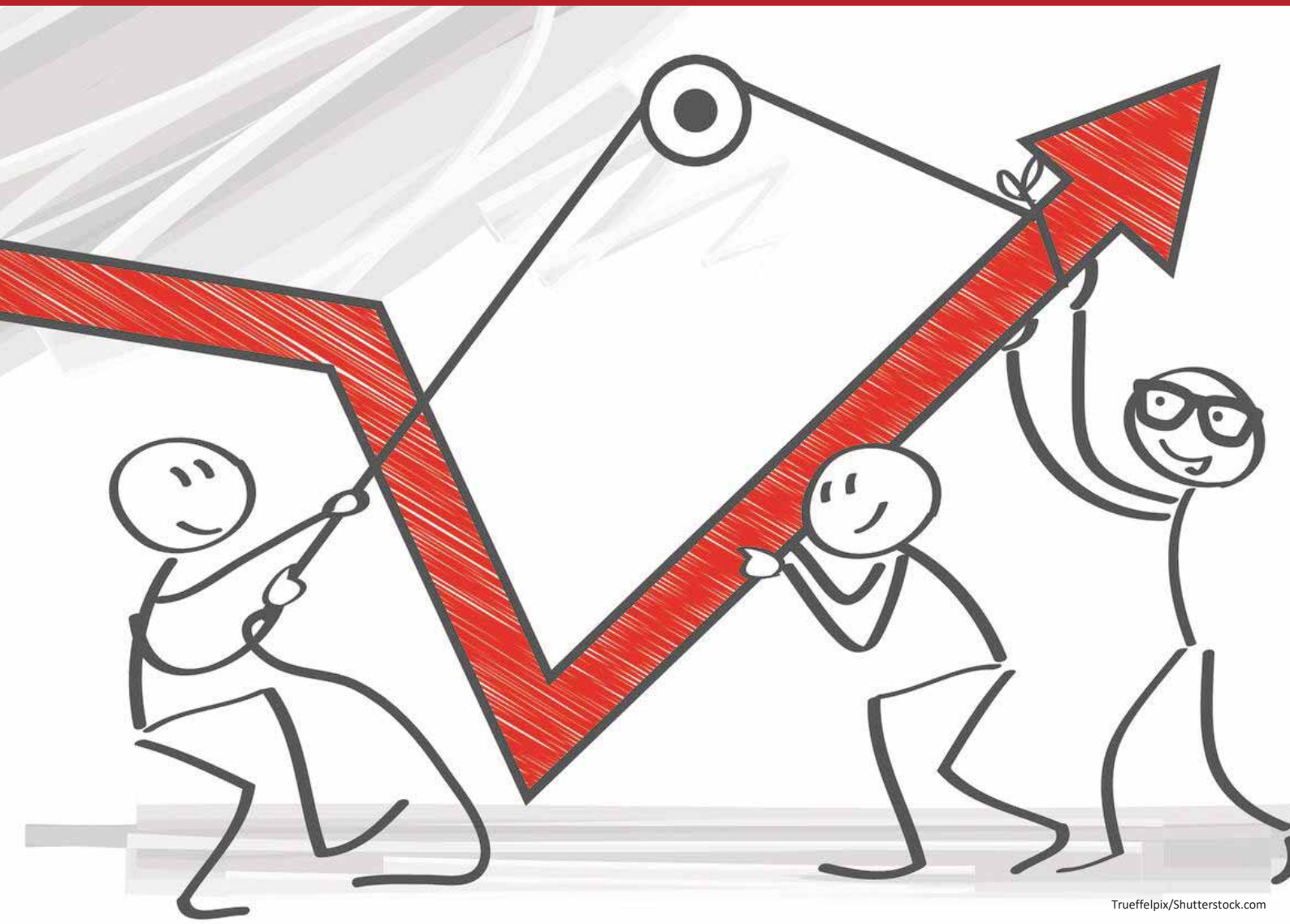
Indikator-ID:	44-SQ Strukturqualität
Name des Indikators:	Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe
Beschreibung des Indikators	Anteil der Angehörigen der Gesundheitsberufe mit Nachweis einer Fortbildung entsprechend den Vorgaben des Teilkonzepts „Fortbildung“.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der Angehörigen der Gesundheitsberufe mit Nachweis einer Fortbildung entsprechend den Vorgaben des Teilkonzepts „Fortbildung“.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Angehörigen der Gesundheitsberufe in der jeweiligen Einrichtung.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Alle beteiligten Leistungserbringer sollen an kontinuierlichen Schulungen entsprechend den Vorgaben des Fortbildungskonzepts teilnehmen.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Die Teilnahme an einem DMP erfordert bei allen Leistungserbringern eine genaue Kenntnis der jeweils gültigen Versorgungsleitlinien und -algorithmen sowie der Strukturen und Prozesse der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Dokumentationsanforderungen. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020; Heckman et al., 2018; Smeets, van Roy, Aertgeerts, Vermandere & Vaes, 2016) Die Bedeutung kompetenter und speziell geschulter Experten wird auch im medizinischen Konzept für ein österreichweites DMP CHI unter Bezugnahme auf die Leitlinie der European Society of Cardiology betont (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). (Ponikowski et al., 2016). Das Fortbildungskonzept wird im Rahmen des Teilprojekts „Fortbildung“ erstellt.
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Wirksamkeit, Sicherheit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Strukturqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	Alle beteiligten Berufsgruppen.
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	Alle beteiligten Berufsgruppen.
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Indikator-ID:	45-SQ
Name des Indikators:	Teilnahme von neu diagnostizierten Patienten am Disease-Management-Programm
Beschreibung des Indikators	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit Erstdiagnose CHI in der jeweiligen Versorgungseinrichtung, bezogen auf alle Patienten mit Erstdiagnose CHI.
Zähler (Qualitätsmerkmal bzw. Auffälligkeit)	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit Erstdiagnose CHI.
Nenner (Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht)	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose CHI.
Ausschlusskriterien (Subpopulationen, die nicht in die Berechnung einfließen sollen)	
Qualitätsziel (Welches Ziel wird erreicht, wenn der Indikator erfüllt wird?)	Aufnahme aller Patienten mit neu diagnostizierter CHI in ein DMP.
Begründung (Begründung der Relevanz und zugehörige Evidenz – Literaturquellen)	Das medizinische Konzept für ein österreichweites DMP CHI sieht vor, prinzipiell alle Patienten – unabhängig von ihrer Risikosituation – zu berücksichtigen (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). Da anhand der Literatur bezüglich der optimalen Dauer einer Betreuung im Rahmen eines DMP keine verallgemeinernden Aussagen gemacht werden können, da diese stark von der individuellen Behandlungssituation abhängig ist, erscheinen Querschnittsmessungen (z.B. Anteil der Patienten mit CHI, die zu einem gegebenen Zeitpunkt am DMP teilnehmen) nicht sinnvoll. (Berger et al., 2010; McDonagh et al., 2011; Mörtl et al., 2017) Patienten mit fortgeschrittener HI und komplexen Belastungen im physischen, psychosozialen und pflegerischen Bereich sollten Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung angeboten werden (siehe Teil I – Medizinisches Rahmenkonzept). (AOK-Bundesverband et al., 2010; BÄK et al., 2019)
Leitlinie (Wenn eine Empfehlung aus einer Leitlinie vorliegt: Literaturquelle und Empfehlungsgrad)	AWMF 2019 (GoR A), CCS 2017 (GoR A), ACCF 2013 (GoR I), ESC 2016 (GoR I).
Originalformulierung und Quellenangabe (Bei aus der Recherche übernommenen Indikatoren)	
Indikatorvarianten (Ähnliche Indikatoren mit leicht abweichenden Formulierungen, Zielpopulationen o.Ä.)	Discussion and documented outcome of advance care planning within the first year of a HF diagnosis. Discussion and documented outcome of advance care planning with patient after hospitalization for HF. Percentage of patients with HF referred to palliative care. (The Canadian Cardiovascular Society, 2019)
Qualitätsdimension (Lt. Rahmenkonzept)	Rechtzeitigkeit/Verfügbarkeit.
Qualitätsdimension (Donabedian: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)	Strukturqualität.
Prozess-/Ergebnisverantwortung (Wer erbringt die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist.

Indikator-ID:	45-SQ
Name des Indikators:	Teilnahme von neu diagnostizierten Patienten am Disease-Management-Programm
Dokumentationsverantwortung (Wer dokumentiert die indikatorrelevante Leistung?)	GDL, bei dem die Einschreibung in das DMP erfolgt ist (DMP-Basisdaten).
Referenzbereich (Fixe oder perzentilbasierte Vorgabe bzw. Festlegung erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten)	Noch festzulegen.
Risikoadjustierung (Ja/Nein; einzubeziehende Risikofaktoren)	Nein.

Teil VI

Evaluation (inkl. Manual)



Habacher, Wolfgang

Neubauer, Sandra

Peinhaupt, Christa

Prenner, Andreas

EPIG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit, 2020

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AVV	Auftragsverarbeitungsvertrag
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
Bzw.	Beziehungsweise
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CH	Schweiz
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
D	Deutschland
DISMEVAL	Developing and validating disease management evaluation
DMP	Disease-Management-Programm
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
EPIG	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
EQ-5D-5L	EuroQoL 5-Dimension 5-Level
ESC	European Society of Cardiology
EU	Europäische Union
FOKO	Folgekosten, Gesamtkostenrechnung ärztlicher Tätigkeiten
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-I-N	Guidelines International Network
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HI	Herzinsuffizienz
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	Incremental cost-effectiveness ratio
ICPC	International Classification of Primary Care
IG	Interventionsgruppe
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KCCQ	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire
KG	Kontrollgruppe
KHK	Koronare Herzkrankheit
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MacNew	MacNew Heart Disease Quality of Life Questionnaire
MLWHFQ	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

NHP	Nottingham Health Profile
NYHA	New York Heart Association-Classification (Klassifizierungssystem der CHI)
Ö	Österreich
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖKG	Österreichische Kardiologische Gesellschaft
PLC	Profil der Lebensqualität chronisch Kranker
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
QALY	Quality Adjusted Life Years
RAM	Research and Development (RAND) Appropriateness Method
RAND	Research and Development
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
RSaV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SF-8	Short Form Health Survey 8
SF-12	Short Form Health Survey 12
SF-36	Short Form Health Survey 36
SGB	Sozialgesetzbuch
SIMS	Satisfaction with Information about Medicines Scale
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
TOM	Technische und organisatorische Maßnahmen
UCLA	Universität von Los Angeles
Vgl.	Vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	387
1. HINTERGRUND	391
2. ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG	393
2.1. Auftragsklärung	393
2.2. Zielsetzung des Teilkonzepts	393
2.3. Berichtsstruktur	394
3. METHODISCHES VORGEHEN BEI DER KONZEPTERSTELLUNG	394
3.1. Literaturrecherche	394
3.1.1. Literatursuche	395
3.1.2. Screening der gefundenen Literatur	395
3.1.3. Bewertung der Literatur	396
3.1.4. Erkenntnisse aus der Literatur	398
3.2. Festlegung der Indikatoren	403
3.2.1. Datenextraktion und Definition der Indikatoren	404
3.2.2. Auswahl der Indikatoren	404
3.2.3. Graphische Darstellung der Indikatoren-Auswahl	406
4. EMPFOHLENE MAßNAHMEN	407
4.1. Evaluationsdesign	407
4.1.1. Gesundheitsökonomische Evaluation	408
4.2. Evaluationszeitraum	409
4.3. Indikatoren zur Evaluierung des DMP	410
4.3.1. Indikatoren zur Strukturqualität und Informationsindikatoren	411
4.3.2. Indikatoren zur Prozessqualität	411
4.3.3. Indikatoren zu Outcome und Output	411
4.3.4. Indikatoren zum Impact	412
4.3.5. Indikatoren aus Primärdaten	412
4.4. Kontrollgruppenbildung	413
4.4.1. Identifikation von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI	413
4.5. Datenmanagement und Datengrundlage	414
4.5.1. Rechtliche Grundlage und datenschutzrechtliche Bestimmungen zur Bereitstellung der Daten	415

4.5.2. Sektorenübergreifende Datenverknüpfung	416
4.6. Auswertungsmethode und statistische Verfahren	417
4.7. Qualitative Outcomes	418
5. VERZEICHNISSE	420
5.1. Literaturverzeichnis	420
5.2. Abbildungsverzeichnis	425
5.3. Tabellenverzeichnis	425
ANHANG A: SUCHPROTOKOLL	426
ANHANG B: INKLUDIERTE REFERENZEN	427
ANHANG C: ÜBERSICHT DER PUBLIKATIONEN VON BEREITS EVALUIERTEN DMP IN ÖSTERREICH	430
ANHANG D: BEWERTUNGSRASTER ZUR INDIKATORENBEWERTUNG FÜR DIE EXPERTINNEN BZW. EXPERTEN	432
ANHANG E: MANUAL	433

1. HINTERGRUND

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) der österreichischen Sozialversicherungen wurde von der Trägerkonferenz mit der Erstellung eines praxisnahen, bundesweit einheitlichen Rahmenkonzepts für ein Disease-Management für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (CHI) beauftragt. Dieses soll die Wahrung der vier Säulen Chancengleichheit, Transparenz, Versorgungs- und Lebensqualität sicherstellen sowie variable patientinnen- bzw. patientenzentrierte Versorgungsstrategien aufzeigen. Unter Berücksichtigung der vorhandenen (regionalen) Strukturen und Ressourcen sollen Standards im Sinne von Ausführungsalternativen für einzelne Disease-Management-Komponenten erarbeitet werden. Die einzelnen Teilbereiche, die im Gesamtkonzept berücksichtigt werden sollen, sind nachstehend angeführt (CCIV, 2019):

- Medizinisches Rahmenkonzept,
- Empowerment von Patientinnen bzw. Patienten,
- Fortbildung der Gesundheitsberufe,
- Definition von Qualitäts- und Risikomanagement,
- Definition der Evaluierung,
- Empfehlungen zur zielgruppengerechten Ansprache bei Telemonitoring,
- Definition des Datenmanagements,
- Empfehlungen für ein Vergütungsmodell,
- Definition des Organisationsmanagements,
- Erarbeitung eines Kommunikations- und Marketingkonzepts.

Die Erarbeitung mancher dieser einzelnen Komponenten des Disease-Management-Programms (DMP) wurde in Form von Teilprojekten an externe Organisationen und Einrichtungen mit entsprechender Expertise vergeben.

Die chronische Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz (HI) ist eine Erkrankung des Herzens, die in der Regel aus mehreren kardiovaskulären (Einzel-)Erkrankungen resultiert. Hierbei wird zwischen der akuten und der chronischen Herzinsuffizienz unterschieden. Im Rahmen der Framingham-Studie wurde die maligne Hypertonie als bedeutsamster Risikofaktor für eine chronische Herzinsuffizienz identifiziert. Bei 75% der untersuchten Patientinnen bzw. Patienten mit einer klinischen Herzinsuffizienz wurde ein maligner erhöhter Blutdruck detektiert. Davon wiederum war in 24% dieser Fälle der Blutdruck die alleinige Ursache der HI. Weitere Gründe für eine Herzinsuffizienz können eine Arteriosklerose, unerkannte Virusinfektionen, Chemotherapeutika oder genetische Kardiomyopathien sein (Mahmood, Levy, Vasan & Wang, 2014; Zamorano et al., 2016).

Exakte Prävalenzzahlen zur chronischen Herzinsuffizienz für Österreich sind nicht verfügbar. Es gibt jedoch Schätzungen, die von einer Bandbreite von 70.000 bis 140.000 Patientinnen bzw. Patienten mit CHI in Österreich ausgehen (Mörtl, 2016, S. 20). In Deutschland lag die Prävalenz im Jahr 2010 – basierend auf einer Erhebung aus Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse – bei 4,7% aller über 18-Jährigen (Klauber, Günster, Gerste, Robra & Schmacke, 2014, S. 123). Zu bedenken ist allerdings, dass eine solche Abschätzung, anhand von Routinedaten, Unschärfen birgt. Dennoch erscheint die österreichspezifische

Schätzung vor diesem Hintergrund sehr zurückhaltend und zeigt gleichzeitig auch die bescheidene Datenlage in diesem Bereich auf. Jedes Jahr werden in Österreich rund 24.000 stationäre Spitalsaufenthalte in Akutkrankenanstalten¹ und mehr als 14.000 Todesfälle mit dieser Erkrankung in Verbindung gebracht (Peri Consulting GmbH, 2019, S. 15). Auch diese Zahlen zeigen, dass die Prävalenzschätzungen für Österreich derzeit zu niedrig gegriffen sind. Bis zu 2% der gesamten österreichischen Gesundheitsausgaben werden für die Versorgung der chronischen Herzinsuffizienz ausgegeben, wovon ca. zwei Drittel auf stationäre Aufenthalte entfallen (Cook, Cole, Asaria, Jabbour & Francis, 2014).

Patientinnen bzw. Patienten mit CHI werden nach einer Einteilung, die auf die New York Heart Association (NYHA) zurückgeht, in vier Klassen unterteilt. Die NYHA-Klasse I zeigt sich durch einen asymptomatischen Phänotyp (keine körperliche Limitation). Je höher die NYHA-Klasse ist, desto schwerer sind die Symptome, wie Atemnot, Ödeme oder körperliche Leistungseinschränkungen der Patientinnen bzw. Patienten. Somit geht diese Symptomatik mit einem massiven negativen Einfluss auf die Lebensqualität einher. Des Weiteren wird in den Leitlinien beschrieben, dass Patientinnen bzw. Patienten mit einer CHI ein erhöhtes Risiko für eine Hospitalisierung haben, wenn die CHI zu einer Dekompensation führt. Jedoch ist eine Krankenhausaufnahme von Patientinnen bzw. Patienten aus dieser Kohorte nicht immer eindeutig auf CHI-bedingte Gründe rückführbar (BÄK, KBV & AWMF, 2019, S. 15).

Zur Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz gibt es einige belastbare Leitlinien, wobei jedoch die Leitlinienentreue der Gesundheitsdienstleister in Österreich als verbesserungswürdig gilt (Pözl et al., 2010). In regelmäßigen Abständen werden von den kardiologischen Fachgesellschaften sowohl auf nationaler, europäischer als auch internationaler Ebene Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz mit der höchsten wissenschaftlichen Evidenz publiziert. In Deutschland war dies im Jahr 2019 die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz (BÄK et al., 2019). Auch auf europäischer Ebene wurde 2016 von der European Society of Cardiology eine S3-Leitlinie² zum Thema der Versorgung der Herzinsuffizienz in deutscher und englischer Sprache veröffentlicht (Ponikowski et al., 2016). Im amerikanischen Raum wurden Leitlinien von der American Heart Association und der Canadian Cardiovascular Society zum Thema Herzinsuffizienz entwickelt (Ezekowitz et al., 2017; Yancy et al., 2017).

Die Literatur zeigt, dass die Patientinnen- bzw. Patienten-Adhärenz für den Erfolg der Therapie bei CHI eine entscheidende Rolle spielt. So soll auch die Adhärenz der Patientinnen bzw. Patienten mit CHI im Verlauf der Therapie regelmäßig überprüft werden (BÄK et al., 2019, S. 29; Unverzagt et al., 2016). Ebenso ist es evident, dass durch strukturierte Behandlungsprogramme sowohl die Hospitalisierungsrate als auch das Mortalitätsrisiko reduziert und die Lebensqualität der Patientinnen bzw. Patienten positiv beeinflusst werden können (Takeda, Martin, Taylor & Taylor, 2019). Ein Einschluss von Personen mit chronischer Herzinsuffizienz in ein multidisziplinäres Versorgungsprogramm wird deshalb auch in den aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) empfohlen (Ponikowski et al.,

¹ Statistik Austria (2019): T1 Stationäre Spitalsaufenthalte in Akutkrankenanstalten 2018 nach Diagnose, Geschlecht, Alter und Wohnbundesland – Österreich. In: Detailergebnisse zu Spitalsentlassungen 2018 nach Diagnosen. Zugriff am 17.09.2020. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitsstationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html.

² AWMF (2020): Klassifikation S3-Leitlinien. Leitlinien mit allen Elementen systematischer Entwicklung. Zugriff am 17.09.2020. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation/klassifikation-s3.html>.

2016). Vor diesem Hintergrund wird die Implementierung eines österreichweiten strukturierten Disease-Management-Programms (DMP) für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz – zur Verbesserung der Versorgungsqualität – angeregt (Mörtl et al., 2017; Pölzl et al., 2010).

2. ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG

2.1. Auftragsklärung

Das Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit (EPIG GmbH) wurde im Herbst 2019 vom CCIV mit der Erarbeitung des Teilkonzepts „Evaluation“ – im Rahmen der Gesamtkonzeptionierung des DMP für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz – beauftragt. Dieses soll sich in die Gesamtkonzeption einfügen und bis Herbst 2020 fertiggestellt sein. Anforderungen aus den anderen Teilprojekten sollen bei der Erarbeitung dieses Teilkonzepts berücksichtigt werden. Inhaltlich ergeben sich vor allem mit dem Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“, aber auch mit dem medizinischen Rahmenkonzept und dem Konzept zum Datenmanagement Überschneidungen. Es ist Teil der Aufgabe, eine entsprechende inhaltliche Abstimmung sicherzustellen.

Die Evaluierung soll jedenfalls medizinische, ökonomische und qualitätsbezogene Parameter (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) berücksichtigen und eine Kosten-Nutzen-Analyse aus Perspektive des Gesundheitswesens definieren. Die gewählte Methodik für die Durchführung der Evaluation und die zu erhebenden Daten als Mindestanforderung, die den jeweiligen Parametern zugrunde liegen, sollen beschrieben werden. Die Indikatoren und die vorgeschlagenen Methoden der Evaluation sollen jedenfalls auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen und zugleich auf die praktische Umsetzbarkeit in einem populationsbezogenen Setting Bedacht nehmen.

2.2. Zielsetzung des Teilkonzepts

Das Evaluationskonzept soll auftragsgemäß die fortlaufende Bewertung der Wirksamkeit des Disease-Management-Programms in der flächendeckenden Regelversorgung österreichweit, mit Fokus auf dem Nutzen für Patientinnen bzw. Patienten, ermöglichen. Die Ergebnisse sollen vor allem der bestmöglichen Weiterentwicklung des Programmes dienen (CCIV, 2010, S. 8). Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit internationalen indikationsgleichen Versorgungsmodellen soll dabei gewahrt bleiben.

Folgende Themen bzw. Fragestellungen soll die Evaluation letztlich beantworten können, wie sie das CCIV definierte:

- Erreichung der Zielgruppe(n),
- Wirksamkeit des Programms in medizinischer Hinsicht,
- Wirksamkeit des Programms in gesundheitsökonomischer Hinsicht (Kosten-Nutzen-Relation),
- Wirksamkeit der organisatorischen (finanziellen) Rahmenbedingungen,
- Funktionieren der unmittelbaren Versorgungsprozesse,
- Funktionieren der begleitenden rahmengebenden organisatorischen Prozesse (z.B. Dokumentation, Zuweisungen, telemedizinische Werkzeuge, falls eingesetzt etc.).

Wie das gesamte Konzept des DMP sollen auch die Vorgaben für die Evaluation einen Gestaltungsrahmen darstellen, innerhalb dessen regional spezifische Anpassungen möglich sind, ohne die Vergleichbarkeit von Ergebnissen national oder international zu gefährden.

2.3. Berichtsstruktur

Der vorliegende Bericht erfüllt mehrere Funktionen, die seine Gestaltung erklären. Der erste Teil (und somit der Hauptteil) stellt die Beschreibung der Tätigkeiten dar, die die EPIG GmbH in Erfüllung des Auftrags für die Erstellung des Evaluationskonzepts erbracht hat. Er beschreibt die methodischen Schritte und die Ergebnisse der Analysen und Recherchen, die für die Konzepterstellung durchgeführt wurden und die Rationale hinter den Vorschlägen. Er liefert Interpretationen und Erklärungen zu den wesentlichen Überlegungen, die ins Konzept eingeflossen sind. Da die Ausführung der Evaluation selbst jedoch einer schrittweisen Handlungsanleitung bedarf und der vorliegende Bericht diese Aufgabe selbst nicht erfüllt, gibt es als zweiten Teil ein Manual zur Evaluation.

Das Manual beschreibt sämtliche notwendigen Schritte, gibt eine Priorisierung dieser Schritte vor und beschreibt alternative Maßnahmen dort, wo diese möglich und zulässig sind. Es definiert die Parameter, ihre Berechnungsmethode, die statistische Analytik uvm. Dieser Teil ist also das Arbeitsprogramm und der methodische Rahmen für jene Einrichtung, die das DMP letztendlich evaluieren soll und so gestaltet, dass er losgelöst von den restlichen Teilen verstanden werden kann.

3. METHODISCHES VORGEHEN BEI DER KONZEPTERSTELLUNG

Die Erarbeitung des Evaluationskonzeptes gliedert sich in folgende thematische Blöcke:

- Wahl des Evaluationsdesigns gemäß dem Programmsetting,
- Definition des gesundheitsökonomischen Bewertungsverfahrens,
- Auswahl der Indikatoren, deren Definition und Berechnung,
- Definition der Interventionsgruppe samt zugehörigem Matching für die Kontrollgruppe,
- Entwicklung des Datenmanagements mit dem Prozess der Datenerhebung und der Datenbereitstellung, der Datenverknüpfung und -plausibilisierung,
- Definition der analytischen und statistischen Verfahren,
- Definition der qualitativen Verfahren.

Für die Erarbeitung der einzelnen Blöcke wurden zum Teil unterschiedliche Ansätze gewählt, der leitende methodische Ansatz in der Erarbeitung des Konzepts waren jedoch umfangreiche systematische Literaturrecherchen. Demgemäß werden diese in der nachfolgenden Beschreibung allen anderen gesetzten Schritten vorangestellt.

3.1. Literaturrecherche

Ziel der Literaturrecherche war es, eine evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage zur Auswahl des Evaluationsdesigns, der Verfahren für eine gesundheitsökonomische Evaluation, des Evaluationszeitraums, der Indikatoren und Parameter, der Datengrundlage sowie der Berechnungsmethoden zu schaffen. Hierfür wurde ein systematischer Review nach dem PRISMA-Verfahren durchgeführt (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The Prisma Group,

2009). Nachdem es mehrere komplexe Themen zu beleuchten galt, wurde ein iterativer hierarchischer Rechercheprozess gewählt, der nachfolgend näher erläutert wird.

Die Ergebnisse zur Literaturrecherche werden in diesem Abschnitt jeweils nach den einzelnen, unter dem methodischen Vorgehen präsentierten, thematischen Blöcken geclustert dargestellt.

3.1.1. Literatursuche

Der Arbeitsschritt zur Literatursuche erfolgte im Zeitraum von Dezember 2019 bis April 2020. Dabei wurde initial nach Rechtsakten in den Rechtsdatenbanken von Österreich, der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz gesucht. In weiterer Folge wurde eine Leitlinienrecherche in der Datenbank der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), des Guidelines International Network (G-I-N), anerkannter Fachgesellschaften für Kardiologie und auf PubMed durchgeführt.

Zur Identifizierung der grauen Literatur erfolgte eine Suche auf Internetseiten von relevanten Institutionen des Gesundheitswesens, wie des Institutes für Health Technology Assessment der Ludwig Boltzmann Gesellschaft³, sowie in OpenGrey. Im nächsten Schritt wurde eine systematische Recherche nach Metaanalysen und systematischen Reviews auf den Internetplattformen PubMed, Livivo und Cochrane durchgeführt. Die systematische Literaturrecherche wurde um eine Handsuche ergänzt, die weitere 28 Treffer ergab.

Bei der Datenbankrecherche wurden die Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ sowie die Wildcards „*“ verwendet. Als Publikationszeitraum wurden die Jahre 1990 bis 2020 festgelegt. Es wurde sowohl nach deutsch- als auch englischsprachigen Artikeln bzw. entsprechender Fachliteratur gesucht. Abschließend wurden die Duplikate der 1.530 Treffer entfernt. Somit standen letztendlich insgesamt 1.471 Literaturquellen zum Screening zur Verfügung. Das Suchprotokoll befindet sich im Anhang 1.

3.1.2. Screening der gefundenen Literatur

Die gefundenen Treffer aus der systematischen Suche nach Metaanalysen und systematischen Reviews wurden durch zwei Personen (separat voneinander) auf Titel und Abstract – anhand der in Tabelle 1 angeführten Ein- und Ausschlusskriterien – gescreent. Im nächsten Schritt wurde ein Screening der Volltexte der im Titel- und Abstract-Screening inkludierten Publikationen – ebenfalls anhand der Ein- und Ausschlusskriterien – vollzogen. Die häufigsten Ausschlussgründe für Referenzen waren ‚falsches Setting (nicht integrierte Versorgung)‘ und ‚falsche Zielgruppe (akute Herzinsuffizienz)‘.

Nach diesem zweistufigen Screening-Prozess standen 46 Literaturquellen zur weiteren inhaltlichen Bewertung bereit.

³ Seit dem 1. März 2020 heißt das Institut formal Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH. Die angeführten Recherchen fanden vor diesem Zeitpunkt statt.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche

Einschlusskriterien		Ausschlusskriterien
Variable	Disease-Management-Programme für chronische Herzinsuffizienz, rahmengebende Aspekte, Studiendesign, Indikatoren und Parameter, Datenquellen, Berechnungsmethoden, ökonomische Bewertungsverfahren und Instrumente	Klinische Medikamentenstudien und Studien zu Medizinprodukten, neue diagnostische und therapeutische Verfahren, NON-DMPs
Datenerhebung	Qualitativ und quantitativ	-
Setting	Ansatz der integrierten Versorgung	Intensivversorgung, Akutintervention
Publikationsarten	Gültige Gesetzestexte, Richtlinien, Verordnungen, gültige medizinische und pflegerische Leitlinien, Systematische Reviews und Metaanalysen, Primärliteratur, graue Literatur	Zeitungsartikel, Pressemitteilungen, Vorträge, minderwertige Publikationen
Zeitraum	1990 bis April 2020	-
Kulturraum	Länder mit Einwohnern mit vergleichbarem kardiovaskulärem Risiko und vergleichbarer Gesundheitsversorgung	Studie ausschließlich bezogen auf Afrika oder Asien

3.1.3. Bewertung der Literatur

Für die Bewertung der 46 Volltexte aus der systematischen Recherche sowie der Treffer aus der Handsuche mit validierten und standardisierten Bewertungsinstrumenten kamen die Assessments von Saxer et al. und das AGREE-II-Assessment für Leitlinien zum Einsatz. Das Assessment von Oxman & Guyatt wurde für die systematischen Übersichtsarbeiten verwendet. (Biondi-Zoccai, Lotrionte, Landoni & Modena, 2011; IQTIG, 2019; Kleibel & Mayer, 2011)

Durch diese kritische Bewertung wurde keine zusätzliche Publikation ausgeschlossen. Es wurden somit alle 46 relevanten Literaturquellen als Basis für die vorliegende Arbeit berücksichtigt. Die Liste dieser Arbeiten findet sich im Anhang B. In Abbildung 1 ist der Ablauf des Screeningverfahrens schematisch – in Anlehnung an das PRISMA-Statement – dargestellt.

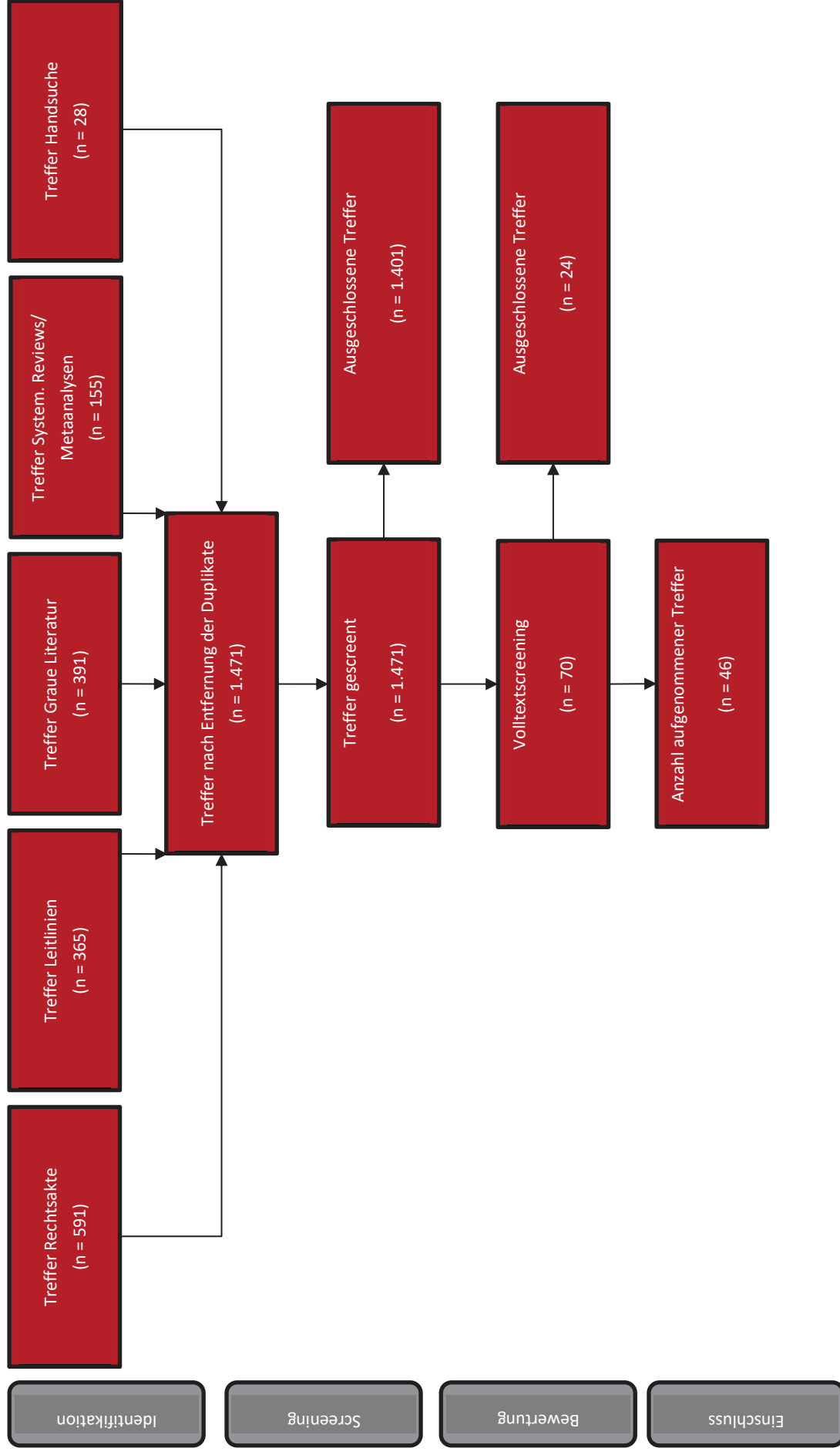


Abbildung 1: Flussdiagramm der systematischen Literaturrecherche

3.1.4. Erkenntnisse aus der Literatur

Neuartige Versorgungsmodelle müssen nicht notwendigerweise mit einer verbesserten Versorgungsqualität oder Wirtschaftlichkeit einhergehen. Eine Evaluation ist daher essenziell, um zu bewerten, ob die angestrebten Ziele auch tatsächlich erreicht werden. Zudem sollen Evaluationen dazu beitragen die Versorgungsmodelle zu optimieren, indem vorhandene Stärken und Schwächen aufgezeigt sowie Empfehlungen zur Verbesserung des Systems gegeben werden. Die Bewertung der Wirksamkeit ist im Falle von DMPs ein komplexes Unterfangen. In der Regel zielen strukturierte Behandlungsprogramme auf die nachhaltige Stärkung der Versorgungsqualität und Finanzierbarkeit ab. Die Versorgungsqualität wird bei DMPs durch zahlreiche Aspekte bestimmt, weshalb das Ergebnis der Evaluation auch widersprüchliche Effekte sein können. So können beispielsweise Leistungserbringer eine Verbesserung in der Qualität der Patientinnen- bzw. Patientenversorgung berichten, während Patientinnen bzw. Patienten, die am Programm teilnehmen, eine Verschlechterung der Versorgungsqualität wahrnehmen, z.B. hinsichtlich der Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligung bei Behandlungsentscheidungen. Eine sorgfältige, auf die Ziele des DMPs abgestimmte Auswahl der Indikatoren ist daher für ein erfolgreiches Evaluationskonzept unabdingbar. (Conklin & Nolte, 2011; Morfeld & Wirtz, 2006; RAND Corporation, 2010)

Die Wahl des Evaluationsdesigns ist stark vom Programmsetting abhängig und determiniert die zentralen weiteren notwendigen Festlegungen zu Indikatoren, Datenerhebung und somit letztlich zur Aussagekraft und Validität der Ergebnisse. Trotz zahlreicher durchgeführter und veröffentlichter Studien zur Wirksamkeit von DMPs ist die Frage nach dem Nutzen von strukturierten Behandlungsprogrammen nicht pauschal zu beantworten. Unterschiede in der Zielsetzung, dem Studiendesign, den verwendeten Indikatoren sowie der Datengrundlage führen dazu, dass Evaluationsergebnisse häufig nicht vergleichbar sind. Zudem führt die oftmals nicht-standardisierte Vorgehensweise bei der Evaluation von DMPs sowie die oftmals fehlende Strenge der verwendeten Studiendesigns dazu, dass widersprüchliche Effekte gemessen werden (RAND Corporation, 2012a).

In weiterer Folge werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zum aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik hinsichtlich der Methoden zur Evaluation von DMPs, zu rechtsverbindlichen Vorgaben für die Evaluation von DMPs in deutschsprachigen Ländern sowie zu Evaluationen in der Praxis erläutert.

DISMEVAL – 7. Forschungsrahmen-Programm der EU

Vor dem Hintergrund der erschwerten Vergleichbarkeit von Evaluationsergebnissen wurde im 7. Rahmenprogramm für Forschung der EU das Projekt „Developing and validating disease management evaluation methods for European health care systems (DISMEVAL)“⁴ gefördert. Im Zuge eines dreijährigen Projekts wurde mit Beteiligung von Forscherinnen und Forschern aus sieben europäischen Ländern (Dänemark, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden, Österreich und Spanien) ein Methodenhandbuch mit evidenzbasierten Empfehlungen zur Auswahl von Evaluationsmethoden im europäischen Kontext entwickelt (RAND Corporation, 2012b). Dieses soll zur Verwendung einer möglichst standardisierten Methodik bei der Evaluation von DMPs in europäischen Ländern beitragen,

⁴ DISMEVAL: Developing and validating disease management evaluation methods for European health care systems. Zugriff am 09.09.2020. Verfügbar unter: <http://www.dismeval.eu>.

um eine Vergleichbarkeit der gemessenen Effekte zu gewährleisten. Neben der Sicherstellung einer hohen Aussagekraft der Evaluationsergebnisse wurde auch auf eine möglichst hohe Praktikabilität und Ressourceneffizienz unter den jeweiligen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen des betreffenden Landes geachtet. Die im Handbuch für die Evaluation des neu zu gestaltenden DMPs festgelegten methodischen Empfehlungen stützen sich vorrangig auf die im Rahmen des DISMEVAL-Projekts erarbeiteten Empfehlungen (RAND Corporation, 2012b) und auf die Erkenntnisse aus der praktischen Umsetzung derselben in den Folgejahren (Elissen et al., 2014; RAND Corporation, 2012a, 2012b; WHO, 2014; WHO Europe, 2015). Zur Sicherstellung, dass die Empfehlungen aus dem Methodenhandbuch nach wie vor Gültigkeit haben, wurden Studien zu einzelnen Methoden herangezogen, die in den darauffolgenden Jahren veröffentlicht wurden. Diese sind nachfolgend an entsprechender Textstelle zitiert.

Gesetze, Verordnungen und Richtlinien

In Österreich und der Schweiz gibt es keine Rechtsbestimmungen, die Vorgaben machen bzw. Standards für die Evaluation von DMPs festlegen würden. In Deutschland hingegen, wo gesetzliche Krankenkassen seit 2002 strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke nach § 137f SGB V anbieten müssen, gibt es eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene DMP-Anforderungen-Richtlinie.⁵ Die Anforderungen betreffen die medizinische Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten sowie die Dokumentation und Evaluation der entsprechenden Programme. Die Richtlinien des G-BA haben einen untergesetzlichen Normencharakter und sind für alle Akteurinnen bzw. Akteure in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) rechtlich bindend. Die Entwicklung der DMPs erfolgt durch die gesetzlichen Krankenkassen und die praktische Umsetzung auf Basis regionaler Verträge mit den Leistungserbringern vor Ort. Vor der Zulassung eines DMPs wird vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) geprüft, ob die Verträge die Anforderungen des G-BA erfüllen.⁶

Die Versorgung von Menschen mit chronischer Herzinsuffizienz ist in Deutschland seit 2003 als ein Modul innerhalb des DMPs für Koronare Herzkrankheit standardisiert verfügbar. Mit dem 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz wurde die Entwicklung weiterer Disease-Management-Programme beschlossen und es wurden inhaltliche Anforderungen dafür festgelegt, darunter auch ein eigenständiges Disease-Management-Programm für chronische Herzinsuffizienz⁷, das derzeit in Vorbereitung steht.

Evaluation nach § 6 DMP-A-RL (Deutschland)

In Deutschland sind die Anforderungen an die Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in einem DMP (Evaluation) in § 6 der DMP-Anforderungen-Richtlinie geregelt, die am 01.07.2014 in Kraft getreten ist. Davor galten die Anforderungen nach § 321 Satz 4 SGB V

⁵ G-BA (Hrsg.) (2019): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL), in der Fassung vom 20. März 2014 (Bundesanzeiger BAnz AT 20.12.2019 B5)).

⁶ Bundesamt für Soziale Sicherung (2020): Disease Management Programme. Zugriff am 26.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen>.

⁷ G-BA (Hrsg.) (2014): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Festlegung von geeigneten chronischen Krankheiten für die Entwicklung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V. Zugriff am 09.09.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesanzeiger.de>.

des § 28g RSAV in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung. Seit 2014 sind – nach RSAV – für DMP bundesweite, kassenartenübergreifende Evaluationsberichte zu erstellen.⁸ Die Erkenntnisse der Evaluation sollen bei der Weiterentwicklung der Programme unterstützen sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der strukturierten Behandlungsprogramme sicherstellen.⁹

Im Mittelpunkt der Evaluation steht der, anhand von krankheitsspezifischen und indikationsübergreifenden Parametern gemessene, Nutzen der DMPs für Patientinnen bzw. Patienten.¹⁰ Die Bewertung der Wirksamkeit sollte auch im Vergleich zur Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten, die nicht an einem DMP teilnehmen, stattfinden.¹¹ Bei der Evaluation des DMP für chronische Herzinsuffizienz ist ein Kontrollgruppenvergleich jedoch – aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein DMP eingeschriebene Versicherte in Deutschland – derzeit nicht möglich.¹²

Die Evaluation soll kontinuierlich mit einem Evaluationszeitraum von jeweils 36 Monaten erfolgen.¹³ Der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Evaluationsbericht endet für gewöhnlich am 31.12. des Jahres des Inkrafttretens der jeweiligen indikations-spezifischen Anlage.¹⁴ Im Falle der chronischen Herzinsuffizienz endet der Evaluationszeitraum für den erstmalig zu erstellenden Bericht jedoch – abweichend von § 6 Abs 3 Nr. 2 – nach 48 Monaten, beginnend mit dem ersten Tag des der frühesten Zulassung eines DMP Herzinsuffizienz folgenden Quartals. Die Erstellung der Evaluation hat, gemäß § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V, durch einen unabhängigen Sachverständigen zu erfolgen. Für die Evaluation eines DMPs für die Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sind nach § 6 Absatz 2 Nr. 1 mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- Tod,
- Ungeplante Herzinsuffizienz-bedingte stationäre Aufenthalte,
- NYHA-Klassifikation,
- Leitliniengerechte Medikation,
- Schulungen,
- Regelmäßiges körperliches Training.

Evaluationen in der Praxis

Evaluationsdesign: Während in den USA häufig RCTs zur Bewertung der Wirksamkeit von DMPs durchgeführt werden, sind in europäischen Ländern verschiedenste Evaluationsdesigns (RCTs, cluster-randomisierte RCTs, quasi-experimentelle und Beobachtungsstudien) in Verwendung. Oftmals werden im europäischen Raum Evaluationen ohne Kontrollgruppenvergleich durchgeführt, wodurch eine Interpretation der Ergebnisse schwierig ist, da nicht

⁸ § 6 Abs 3 Z 1 DMP-A-RL.

⁹ § 6 Abs 2 S 1 DMP-A-RL; Bundesamt für Soziale Sicherung (2020): Disease Management Programme. Zugriff am 26.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen>.

¹⁰ § 6 Abs 2 S 2 Z 2 DMP-A-RL.

¹¹ § 6 Abs 3 DMP-A-RL.

¹² Anlage 13 DMP-A-RL.

¹³ § 6 Abs 2 S 2 Z 1 und Abs 3 Nr 2 S 3 DMP-A-RL.

¹⁴ § 6 Abs 2 S 2 DMP-A-RL.

festgestellt werden kann, inwieweit die gemessenen Effekte kausal auf das DMP zurückzuführen sind (Conklin, Nolte & Vrijhoef, 2013). Der Einfluss des Evaluationsdesigns auf die gemessene Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen wurde am Beispiel des österreichischen DMPs „Therapie Aktiv“ für Patientinnen bzw. Patienten mit Typ 2 Diabetes mellitus untersucht (Flamm et al., 2012). Es wurde gezeigt, dass die Wirksamkeit des DMPs im Vorher-Nachher-Vergleich ohne Kontrollgruppe gegenüber einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie deutlich überschätzt wurde. Hier entsteht ein Spannungsfeld zwischen der Praktikabilität in der Durchführung und der Aussagekraft der Ergebnisse.

Indikatoren: Häufig gemessene Effekte betreffen den klinischen Versorgungsprozess, das Gesundheitsverhalten der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer (körperliche Bewegung, Arzneimittel-Compliance), mittelfristige Ergebnisse zur Krankheitskontrolle, klinische Ergebnisse (Mortalität, funktioneller Status), Patientinnen- bzw. Patientenerfahrungen (Zufriedenheit, Lebensqualität), Inanspruchnahme der Versorgung (z.B. Krankenhauseinweisungen) und ökonomische Effekte (Versorgungskosten) (Conklin & Nolte, 2011; RAND Corporation, 2012a).

Selbst Studien mit einem strengen Studiendesign und robusten Ergebnissen zeigen häufig nur für wenige Komponenten eines DMPs positive Effekte. Oftmals zeigen sich durch ein DMP deutliche Verbesserungen in der Qualität ausgewählter Prozessparameter, wie zum Beispiel in der Teilnahme an empfohlenen Routineuntersuchungen oder in der leitliniengerechten Medikation (Conklin et al., 2013). Lediglich moderate Verbesserungen konnten beispielsweise bei klinischen Ergebnisparametern verzeichnet werden (Elissen et al., 2014). Insbesondere die Frage nach langfristigen Effekten, wie Mortalität oder Krankheitskosten, kann häufig aufgrund von methodischen Limitationen nicht beantwortet werden (Fullerton, Nolte & Erler, 2011).

Beobachtungszeitraum: Evaluationsstudien zu DMPs können einen Beobachtungszeitraum von wenigen Monaten bis hin zu mehreren Jahren umfassen. Die Dauer der Beobachtung hängt maßgeblich vom verwendeten Studiendesign und den untersuchten Indikatoren ab. Der Beobachtungszeitraum bei experimentellen Studien beträgt meist drei, sechs, neun oder zwölf Monate, da randomisierte Verfahren in einem Setting der Regelversorgung kaum über längere Zeit aufrechterhalten werden können (Bruin, Heijink, Lemmens, Struijs & Baan, 2011; McAlister, Lawson, Teo & Armstrong, 2001; Roccaforte, Demers, Baldassarre, Teo & Yusuf, 2005; Takeda et al., 2019). Seltener wird bei RCTs ein Beobachtungszeitraum von nur drei Monaten herangezogen, da dies zu kurz erscheint, oder von 24 Monaten, weil dies aufgrund der Länge in diesem Setting kaum durchführbar ist. Ein Follow-up nach 24 Monaten ist bei diesem Studiendesign die Ausnahme (Lowery et al., 2012; McRae et al., 2008).

Bei Evaluationen mit einem nicht-experimentellen Design wird die untersuchte Kohorte häufig über einen Zeitraum von mehreren Jahren beobachtet. So wird in Deutschland bei den gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationen beispielsweise ein Evaluationszeitraum von drei Jahren gefordert.¹⁵ Die Dauer der Beobachtung hängt bei nicht-experimentellen Evaluationsstudien auch von den untersuchten Indikatoren ab. Während bei einer Prozessevaluation eine Beobachtungsdauer von einem Jahr oder weniger zulässig ist, erfordert die Messung von langfristigen gesundheitsbezogenen Outcomes (z.B. Mortalität, HI-bedingte

¹⁵ § 6 Abs 3 Nr 2 S 3 DMP-A-RL.

Folgeerkrankungen) einen Beobachtungszeitraum von drei oder mehr Jahren, um überhaupt Effekte messen zu können (RAND Corporation, 2010, S. 28, 2012a). Aber auch bei den häufig untersuchten mittelfristigen (klinischen) Outcomes (z.B. Blutdruck) wird ein mehrjähriger Ansatz gefordert, da sich ein positives Gesundheitsverhalten der Patientinnen bzw. Patienten unmittelbar auf klinische Parameter auswirkt, dieses jedoch oftmals nicht über einen längeren Zeitraum erhalten bleibt. So konnte beispielsweise in einer dänischen Studie gezeigt werden, dass die Verbesserung von klinischen Parametern durch ein DMP für Diabetes mellitus bei einem Beobachtungszeitraum von nur einem Jahr überschätzt wird (Johansson et al., 2016).

Kontrollgruppenbildung: Bei nicht-experimentellen Studien besteht aufgrund der fehlenden Randomisierung die Gefahr, dass sich Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich bekannter und unbekannter Patientenmerkmale unterscheiden. In diesem Zusammenhang spielt insbesondere der Selektionsbias eine große Rolle, der z.B. zu einer Überschätzung der Wirksamkeit des DMPs hinsichtlich der Reduktion des Mortalitätsrisikos führen kann (WHO Europe, 2015).

Für die Kontrollgruppenbildung gibt es verschiedene statistische Verfahren zur Minimierung dieser Störfaktoren, sodass auch bei fehlender Randomisierung ein Maximum an interner Validität gewährleistet werden kann. Dazu zählen beispielsweise multiple Regressionsmodelle, das Exact-Matching oder das Propensity Score Matching (PSM). Die verschiedenen Verfahren wurden hinsichtlich ihrer Fähigkeit, Gruppenunterschiede zwischen Patientinnen bzw. Patienten, die an einem DMP teilnehmen und jenen, die nicht daran teilnehmen, untersucht (RAND Corporation, 2012a). Der beste Match wurde mit dem PSM erzielt, da mit diesem Verfahren eine bestmögliche Strukturgleichheit in der Kontrollgruppe – gegenüber der Interventionsgruppe – hergestellt werden konnte. Dabei wird zu jeder Person der Interventionsgruppe in der Kohorte der Nicht-DMP-Teilnehmerinnen bzw. -Teilnehmer eine Person gesucht, die sich hinsichtlich demographischer Merkmale und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen möglichst nicht von der Person der Interventionsgruppe unterscheidet („statistischer Zwilling“). Gruppenunterschiede werden noch geringer, wenn das Propensity Score Matching mit dem Exact-Matching kombiniert wird, wie es in einer Pilotstudie zur Evaluation des DMP KHK in Deutschland gezeigt wurde (Schulte et al., 2016).

Qualitative Verfahren: Die Erhebung qualitativer Outcomes ist Teil der Ergebnismessung und umfasst die Parameter der Lebensqualität und der Zufriedenheit mit dem Programm der Patientinnen bzw. Patienten.

Die deutsche nationale Versorgungsleitlinie für CHI nennt zwei indikationsspezifische Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität, den Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) und den Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ). Ist der Fokus ausschließlich jener der Effektmessung innerhalb des Programms, so können diese Fragebögen Anwendung finden. Aber auch krankheitsübergreifende Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität sind für die Anwendung einer Messung unter Patientinnen bzw. Patienten mit CHI geeignet. In der Versorgungsleitlinie finden folgende fünf krankheitsübergreifenden Lebensqualitätsfragebögen Erwähnung (BÄK et al., 2019): EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 36 (SF-36), Short Form Health Survey 12 (SF-12), Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC), MacNew Heart Disease Quality of Life Questionnaire (MacNew) und Coop-Wonca-Charts. In weiteren Literaturquellen werden die European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFsb-9), das Nottingham Health Profile

(NHP) und der Short Form Health Survey 8 (SF- 8) genannt (Takeda et al., 2019; Wakefield, Boren, Groves & Conn, 2013).

Zur Messung der Zufriedenheit von Patientinnen bzw. Patienten sowie Gesundheitspersonal mit Disease-Management-Programmen im Allgemeinen wurden in der Literatur verschiedene Fragebögen detektiert. Hierbei handelt es sich um projektspezifische Fragebögen, die die Zufriedenheit zu bestimmten Teilbereichen auf einer Skala erheben (Ammenwerth et al., 2018; Inglis, Clark, McAlister, Stewart & Cleland, 2011; Inglis, Clark, Dierckx, Prieto-Merino & Cleland, 2015; Laramée, Levinsky, Sargent, Ross & Callas, 2003; Wakefield et al., 2013). Takeda et al. (2019) weisen in ihrer Übersichtsarbeit auf den Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS) Fragebogen hin. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde die österreichische Publikation von HerzMobil in Tirol identifiziert. HerzMobil ist ein strukturiertes Versorgungsprogramm für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI, das vor allem auf den zusätzlichen Einsatz technologischer Mittel setzt. In diesem Programm wurde zur Messung der Zufriedenheit der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer eine Fragebogenerhebung, basierend auf dem Modell von DeLone und McLean, durchgeführt. Das Modell von DeLone and McLean wurde nach eingehender Analyse als relevant und praktikabel für die Erhebung der Zufriedenheit mit dem DMP CHI eingestuft (Ammenwerth et al., 2018; DeLone & McLean, 2003).

Disease-Management-Programme in Österreich

In der Literatur wurden die in Tabelle 2 gelisteten österreichischen Disease-Management-Programme identifiziert. Aktuell gibt es zu den chronischen Erkrankungen Diabetes Mellitus und chronische Herzinsuffizienz Disease-Management-Programme, die auch im sehr heterogenen Ausmaß evaluiert wurden. Die Evaluationen reichen von Beobachtungs- bis zu Cluster-randomisierten kontrollierten Studien. Als Datenquellen wurden Primärdaten aus direkten Erhebungen herangezogen, aber auch Routinedaten aus der Leistungsverrechnung aus dem ambulanten und stationären Bereich. Die Übersicht mit den Publikationen zur Evaluation der österreichischen DMP befindet sich im Anhang 3. (Flamm et al., 2012; Poelzl et al., 2020; Riedl, Robausch & Berghold, 2016)

Tabelle 2: Disease-Management-Programme in Österreich

DMP	Chronische Erkrankung
„Therapie Aktiv“	Diabetes Typ 2
Herzmobil Tirol	Chronische Herzinsuffizienz
KardioMobil Kärnten	Chronische Herzinsuffizienz
Krems Modell	Chronische Herzinsuffizienz
Kardiomobil Salzburg	Chronische Herzinsuffizienz
HerzMobil Steiermark	Chronische Herzinsuffizienz
KardioStabil Braunau	Chronische Herzinsuffizienz
IVH-OÖ-Pilot	Chronische Herzinsuffizienz

3.2. Festlegung der Indikatoren

Das vom AQUA-Institut in einer spezifisch angepassten Form verwendete methodische Kernelement zur Auswahl und Bewertung von Indikatoren ist die von der Arbeitsgruppe „Research and Development“ (RAND) an der Universität von Los Angeles (UCLA) entwickelte „Appropriateness Method“ (RAM) (Fitch et al., 2001). Die für das vorliegende Konzept vorgenommene Festlegung der Indikatoren wurde in Anlehnung an das RAM-Protokoll

durchgeführt. Im RAM-Protokoll werden im Wesentlichen Relevanz und Praktikabilität der Indikatoren bewertet.

Der Prozess der Entwicklung der Indikatoren gliedert sich demnach in folgende Schritte (AQUA, 2015):

- Systematische Literaturrecherche,
- Datenextraktion und Definition der Indikatoren,
- Vorauswahl der Indikatoren,
- Bewertung der Indikatoren durch externe Expertinnen bzw. Experten,
- Auswertung der Rückmeldung der Expertinnen bzw. Experten,
- Festlegung der Indikatoren für die Evaluation.

3.2.1. Datenextraktion und Definition der Indikatoren

Aus den Ergebnissen der Literaturrecherche folgte die Extraktion der Indikatoren für die Evaluation. Die Indikatoren wurden aus Leitlinien, grauer Literatur, Rechtsakten und systematischen Übersichtsarbeiten entnommen und in eine Extraktionstabelle übertragen, die bei den Autorinnen bzw. Autoren aufliegt. Die Indikatoren wurden nach den Dimensionen entsprechend dem DISMEVAL Technical Report gegliedert (RAND Corporation, 2012b, S. 84):

- Strukturqualität,
- Prozessqualität,
- Ergebnisqualität,
- Output,
- Impact,
- Information.

Es wurden sowohl eindeutig identifizierbare Indikatoren aus der Literatur detektiert, als auch Indikatoren, die im Rahmen von Projekten zur Messung entwickelt wurden. In weiterer Folge wurden Duplikate entfernt und darauf aufbauend die Indikatoren für die Evaluation eines DMP für CHI in Österreich angepasst sowie übersichtlich in einer Liste, mit den jeweiligen Datenquellen, für die Vorauswahl zusammengefasst. Es wurden in diesem ersten Schritt insgesamt 108 Indikatoren aus der Literatur abgeleitet.

3.2.2. Auswahl der Indikatoren

Diese umfassende Liste an Indikatoren, die im ersten Schritt auf Basis der Literatur entwickelt wurde, war die Summe aus allen Empfehlungen und für eine Umsetzung zu umfangreich. Sie wurde demzufolge in mehreren Stufen einer in- und externen Bewertung zu einem praktikablen Indikatorensatz komprimiert. Die erste Reduktion erfolgte durch eine interne Vorauswahl. Diese interne Vorauswahl wurde anhand folgender vorab definierter Kriterien in Anlehnung an das Papier des AQUA Instituts (AQUA, 2015) getroffen und erfolgte als interner Schritt durch drei Personen unabhängig voneinander:

- Evidenz für Eignung zur Wirksamkeitsmessung bei DMPs,
- Empfehlung in Leitlinien,
- Internationale Vergleichbarkeit (Etabliertheit),

- Berechenbar durch Routinedaten (Praktikabilität) bzw. der DMP-spezifischen Dokumentation,
- Ergebnis des Indikators ermöglicht Weiterentwicklung des DMPs (Flexibilität),
- Gesetzliche Verbindlichkeit/Empfehlung (EU, Ö, CH, D).

Der zweite Schritt war die externe Bewertung jener Indikatoren, die nach der Vorauswahl im Konsens von allen drei internen Personen bestehen blieben und erfolgte durch Expertinnen bzw. Experten. 38 Indikatoren wurden letztlich zur externen Bewertung durch Expertinnen bzw. Experten zugelassen.

Drei weitere Indikatoren wurden als obligatorisch definiert, da sie aufgrund der Anforderung des CCIV in das Evaluationskonzept mit aufgenommen werden müssen. Diese sind die Lebensqualität der Patientinnen bzw. Patienten sowie die Zufriedenheit mit dem DMP aus Sicht der teilnehmenden Gesundheitsdienstleister und der Patientinnen bzw. Patienten. Diese Indikatoren müssen für die Evaluation des DMP erhoben werden.

Für die externe Bewertung wurde für die verbleibenden Indikatoren je ein Indikatorblatt in Anlehnung an die AQUA-Methodenpapier (AQUA, 2015) erstellt. Die Bewertung der externen Expertinnen bzw. Experten bezog sich auf die Relevanz für die Bewertung des Programms, Klarheit bzw. Verständlichkeit und Praktikabilität. Zusätzlich konnten in einem Freitextfeld Änderungsvorschläge und Kommentare zu jedem Indikator hinzugefügt werden. Die Vorlage zur Bewertung befindet sich im Anhang 5. Die Expertinnen bzw. Experten aus den Bereichen Gesundheitsökonomie, Medizin und Versorgungsforschung hatten nach der Zusage vier Wochen Zeit, die Bewertung mittels eines digitalen PDF-Formulars durchzuführen. Von den sechs angefragten Expertinnen bzw. Experten gaben lediglich zwei ihre Bewertung in der vorgesehenen Frist ab. Diese externen Bewertungen wurden in der finalen Auswahl der Indikatoren durch das Team der EPIG GmbH berücksichtigt, während letztlich weitere acht Indikatoren ausgeschlossen wurden. Schließlich wurden 33 Indikatoren als verbindlicher Mindestindikatorensatz in das Evaluationskonzept aufgenommen. Dieses vollständige Indikatorensatz zur Evaluierung wird im Ergebniskapitel ausführlich beschrieben.

Als Empfehlung wurden weitere fünf Indikatoren zur optionalen Verwendung hinzugefügt. Diese beschreiben Teile des Versorgungsprozesses und messen vor allem leitlinienkonforme Therapieschritte.

3.2.3. Graphische Darstellung der Indikatoren-Auswahl

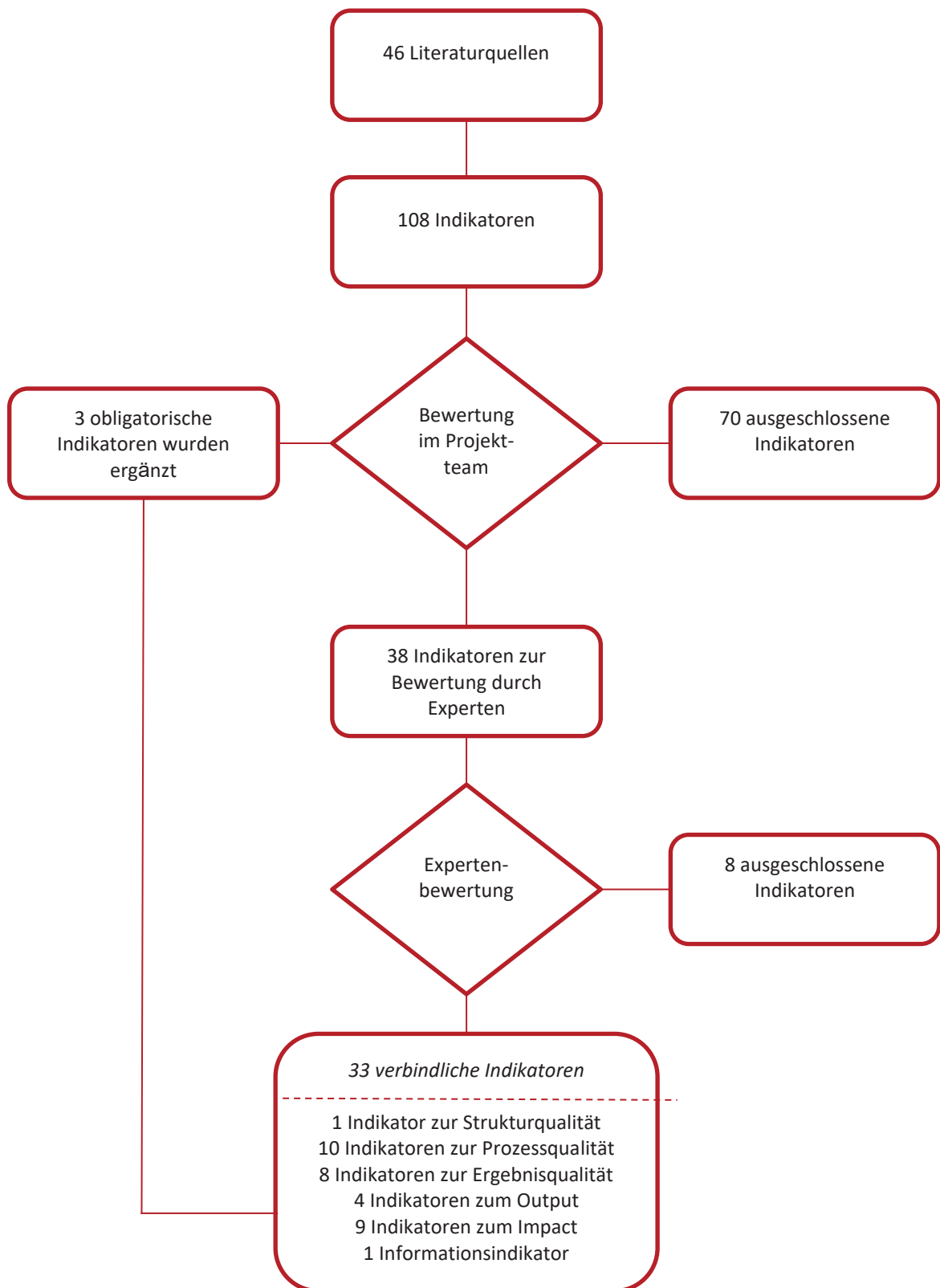


Abbildung 2: Ablaufschema zur Auswahl der verbindlichen Mindestindikatoren

4. EMPFOHLENE MAßNAHMEN

Aus den zuvor beschriebenen Erkenntnisgewinnen ergeben sich in Zusammenhang mit Überlegungen zur Population, dem Umsetzungssetting, der Beachtung der Nahtstellen in den Versorgungsprozessen und weiteren relevanten Rahmenbedingungen nachstehende Empfehlungen, wie die Evaluation gestaltet werden sollte. Die nachstehenden Festlegungen folgen wieder der Einteilung in die wesentlichen thematischen Blöcke. Die detaillierte Beschreibung der priorisierten Umsetzungsschritte im Sinne einer Handlungsanleitung erfolgt im Handbuch zur Evaluation selbst.

4.1. Evaluationsdesign

Das Fehlen einer Kontrollgruppe im Evaluationsdesign, wie es beispielsweise im gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationsdesign in Deutschland der Fall ist, führt dazu, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen den gemessenen Effekten und der untersuchten Intervention nicht valide nachweisbar ist. Veränderungen von Parametern im zeitlichen Verlauf, wie z.B. die Steigerung oder Reduktion der Kosten für Leistungen von Allgemeinmedizinerinnen bzw. -medizinern, können der Intervention nicht direkt zugeschrieben werden, da beispielsweise Tarifänderungen die Kostenänderungen bedingt haben. Ebenso wird ein etwaiger Effekt der Regression zur Mitte fälschlicherweise oft der Intervention zugeordnet (Linden, Adams & Roberts, 2003).

Abhilfe schaffen die Evaluationsdesigns mit Kontrollgruppenvergleich. In diesem Zusammenhang gilt die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) als Goldstandard, um einen kausalen Ursache-Wirkungs-Effekt nachweisen zu können (RAND Corporation, 2012b). Ein RCT ist jedoch nicht immer möglich und unter bestimmten Rahmenbedingungen auch nicht immer sinnvoll. Für die Evaluation eines österreichweiten DMP für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI in der flächendeckenden Regelversorgung erscheint dieser Ansatz aus mehreren Gründen nicht geeignet. Zum einen ist die Entscheidung zur Teilnahme am DMP sowohl für die Patientinnen bzw. Patienten als auch die Ärztinnen bzw. Ärzte freiwillig und sollte – zur Wahrung des Prinzips der Chancengleichheit – niemandem verwehrt werden. Eine Zwangszuteilung in die Interventions- oder Kontrollgruppe ist somit nicht möglich, zumal die Randomisierung auf Ebene der Ärzteschaft erfolgen müsste. Zum anderen birgt ein RCT bei populationsbasierten Interventionen das Risiko, dass die im künstlich erzeugten Umfeld nachgewiesenen Effekte nicht unter realen Bedingungen gelten (externe Validität). Weiters wird eine kontinuierliche Evaluation angestrebt, die die verschiedenen Komponenten des DMP beleuchten soll. Insofern wird ein umfassendes Set an Indikatoren erforderlich sein, sodass ein RCT mit einem entsprechend hohen Ressourcenaufwand verbunden wäre. Weiters müsste im realen Versorgungsgeschehen eine dauerhafte Separierung der Patientinnen bzw. Patienten in beiden Gruppen sichergestellt werden. Die künstlichen Laborbedingungen, die nötig wären, um die Studie über längere Zeit kontrollieren zu können, erscheinen weder bei Ärztinnen bzw. Ärzten (Verpflichtung zu Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme bei Randomisierung) noch bei Patientinnen bzw. Patienten (Verbot des Arztwechsels) umsetzbar. Zudem erschiene die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse einer solchen Studie für eine populationsbezogene Umsetzung fraglich.

Zur Bewertung der Wirksamkeit dieses DMPs in medizinischer (summative Evaluation) und ökonomischer Hinsicht (gesundheitsökonomische Evaluation) erscheint folglich eine quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppenvergleich und Pre-Post-Test als angemessener

Ansatz, die somit auch empfohlen wird. Aufgrund der damit einhergehend fehlenden Möglichkeit zur Randomisierung kann nicht davon ausgegangen werden, dass vor der jeweiligen Teilnahme am DMP keine systematischen Unterschiede zwischen den zu vergleichenden Patientinnen- bzw. Patientengruppen vorhanden waren. Dieser Selektionsbias sollte somit nachträglich mit einer Propensity Score Analyse und einem exakten Matching, anhand der verfügbaren Leistungsdaten vor Projektbeginn, minimiert werden. Es erfolgt somit eine retrospektive Zuordnung einer Kontrollgruppe. Die Schritte dazu sind im Manual beschrieben.

Zusätzlich sollte eine dynamische Kohortenstudie als begleitende Evaluation mit regelmäßiger Berichterstattung durchgeführt werden (formative Evaluation), um frühzeitig Anpassungen in den Prozessen vornehmen zu können, sodass die Wahrscheinlichkeit der Erreichung der Projektziele erhöht wird. Diese Berichte sollten insbesondere die Struktur- und Prozessqualität beleuchten und Indikatoren wie ärztliche Teilnahme rate, Einschreibungs rate und Erreichung der Zielgruppe des DMPs beinhalten, aber auch Entwicklungen hinsichtlich der leitliniengerechteren Medikation erkennen lassen.

4.1.1. Gesundheitsökonomische Evaluation

Die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens bedingt eine Bewertung der Wirkung (Effektivität) unter Beachtung des Ressourceneinsatzes (Effizienz). Hintergrund dieser Überlegungen ist letztlich die zweckmäßige Allokation der gesamthaft begrenzt verfügbaren finanziellen Mittel im Gesundheitswesen mit dem Ziel bestmöglichen Nutzengewinns. Deswegen ist eine solche Bewertung im Zuge der Evaluation des DMPs zwingend zu berücksichtigen.

Um sowohl einen interventions- als auch indikationsübergreifenden Vergleich möglich zu machen, wäre die Durchführung einer inkrementellen Kosten-Nutzwert-Analyse erstrebenswert. Der Vorteil ist die bessere Vergleichbarkeit mit anderen Maßnahmen im Gesundheitssystem, soweit dazu vergleichbare Bewertungen aus Österreich vorliegen. Die zusätzliche Herausforderung, die damit entsteht, ist den Nutzwert (QALY) gesondert erheben zu müssen. Die Perspektive zur Bewertung der Kosten ist jene des Gesundheitssystems, was direkte Versorgungskosten umfasst, Patientinnen- bzw. Patientenbeteiligungen an Kosten (Selbstbehalte) jedoch ausschließt. Indirekte Kosten sind nicht zu berücksichtigen. Kosten angrenzender öffentlicher Systeme, wie des Sozialsystems, sind somit ebenfalls auszuschließen. Es wird empfohlen, die Analyse frühestens mit Daten aus dreijähriger – idealerweise sogar erst nach fünfjähriger – Beobachtung durchzuführen.

Ist eine Kosten-Nutzwert-Analyse mangels verfügbarer Daten zum Nutzwert nicht realisierbar, so wäre als alternativer Ansatz die Kosten-Effektivitäts-Analyse zu wählen. In diesem Fall ist das zu messende Ziel, das dem Kosteninkrement gegenüberzustellen ist, zu definieren. (Gold, 1996; McQuade et al., 2017; Schöffski & Graf von der Schulenburg, 2012)

Kostenbewertung

Die Kostenbewertung beruht auf dem Kontrollgruppenvergleich und stellt den Kostenunterschied zwischen der DMP-Gruppe als Interventionsgruppe und der gematchten Kontrollgruppe dar (Inkrement). Zu berücksichtigende Kosten sind jene für das DMP selbst (z.B. organisatorische Kosten, Materialien und Infrastruktur für die Programmbereitstellung) sowie die gesamten indikationsspezifischen und -unspezifischen Versorgungskosten für Patientinnen bzw. Patienten. Dies umfasst sämtliche Sektoren des Gesundheitswesens und alle Entitäten an Kosten (Honorare, Arzneimittel, Hilfsmittel, Transporte etc.).

Kosten der akutstationären Versorgung werden anhand der fallspezifisch abgerechneten LKF-Punkte mit zugehörigem landesspezifischen Punktwert des jeweiligen Jahres berechnet. Es ist beim monetären Wert des LKF-Punktes auf die Vollkostenbewertung abzustellen, die allfällige Investitionsanteile und Abgangsausgleiche mitumfassen muss. Kosten der extramuralen Versorgung werden anhand der fallspezifisch verrechneten Beträge der jeweils zuständigen öffentlichen Krankenversicherung abzüglich der Selbstbehalte berechnet. Kosten der ambulanten intramuralen Versorgung werden ebenfalls über die LKF-spezifischen Leistungen – analog zu den stationären Aufenthalten – mit Berücksichtigung der jeweiligen landes- und jahresspezifischen Punktwerte bewertet.

Es wird betont, dass alle direkten Kosten, unabhängig vom jeweiligen Versorgungsgrund, zu berücksichtigen sind. Einerseits ist eine gezielte Abgrenzung von nur der CHI zuordenbaren Kosten aus Verrechnungsdaten praktisch nur sehr unscharf möglich. Zudem ist es unwahrscheinlich, dass es angesichts der erwartbaren Fallzahlen technisch umsetzbar ist und andererseits müssten dazu medizinische Dokumentationen mit erhoben werden, was aufgrund der datenschutzrechtlichen Vorgaben und in der praktischen Durchführung einen unangemessenen Mehraufwand bedeuten würde. Der methodische Ansatz des Kontrollgruppenvergleichs gewährleistet angesichts der zu erwartenden großen Zielgruppen eine exakte methodische Differenzierung zwischen Routinekosten und dem DMP zuordenbaren Kosten.

Erhebung des Nutzwerts

Im Falle einer Kosten-Nutzwert-Analyse wird empfohlen, das qualitätsadjustierte Lebensjahr (Quality Adjusted Life Year, QALY) als Outcome-Parameter zu verwenden. Dieses stellt den höchsten Standard der generischen Nutzenbewertung in der Gesundheitsökonomie dar (ICER, 2018), bedingt jedoch einigen Mehraufwand in der Erhebung.

QALYs sind das Produkt aus den Lebensjahren einer Kohorte innerhalb eines Zeitraumes und dem Qualitätsniveau dieser Lebensjahre. Dieser Beobachtungszeitraum sollte fünf Jahre umfassen, mindestens jedoch drei Jahre. Die Lebensqualität wird hierfür mit einem generischen Indexinstrument erhoben, wie z.B. dem EQ-5D, der fünf Dimensionen des Wohlbefindens abfragt. Der daraus resultierende fünfstellige Code wird mithilfe eines Value Sets mit Präferenzwerten in einen Index überführt, der zwischen 1 (perfekte Lebensqualität) und 0 (Tod) liegt. Als initialer Erhebungszeitpunkt für die Lebensqualität sollte der Zeitpunkt der Aufnahme in das DMP gewählt werden. Eine aktualisierte Erhebung sollte in der Folge etwa jeweils nach zwölf Monaten erfolgen.

Für eine Kosten-Effektivitäts-Analyse wird als Effektgröße das ‚ereignisfreie Überleben‘ empfohlen. Damit können der Überlebensvor- bzw. -nachteil der DMP-Teilnehmerinnen bzw. -Teilnehmer sowie die Adverse Events über den Zeitraum berücksichtigt werden.

4.2. Evaluationszeitraum

Das Evaluationskonzept soll sowohl prozess- (formative) als auch ergebnisorientierte (summative) Evaluationsschritte und eine gesundheitsökonomische Bewertung umfassen. Aufgrund der unterschiedlichen Zwecksetzungen wird eine Differenzierung der Beobachtungszeiträume empfohlen.

Eine Prozessevaluation dient der Beurteilung von Konzeption, Ausgestaltung und Umsetzung des Programms. Die Ergebnisse sollten den Beteiligten – begleitend zur Umsetzung –

zur Verfügung gestellt werden, um zeitnah auf Fehlentwicklungen reagieren zu können und die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung zu erhöhen. So wird empfohlen, die Indikatoren zur Struktur- und Prozessqualität über den Projektstand jährlich als Zwischenevaluationen bzw. Projektmonitoring zu erheben und zu berichten.

Eine ergebnisorientierte Evaluation soll valide und stabile Erkenntnisse darüber liefern, ob und in welchem Ausmaß die postulierte Wirkung des DMP eingetreten ist. Im Fokus stehen meist mittel- bis langfristige Effekte einer Maßnahme, wie z.B. die Verbesserung der Lebensqualität oder die Reduktion des Risikos für Folgeerkrankungen von CHI. Dies erfordert einen mehrjährigen Beobachtungszeitraum, um valide Ergebnisse zu erzielen bzw. überhaupt Effekte messen zu können. Hier gilt in der Regel, je länger der Beobachtungszeitraum, desto größer ist die Aussagekraft der Ergebnisse. Dennoch werden Ergebnisse einer summativen Evaluation möglichst zeitnah benötigt, um feststellen zu können, ob die erwartete Wirkung hinsichtlich des patientinnen- bzw. patientenrelevanten medizinischen Nutzens (Mortalität, Morbidität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität) – durch das DMP – eintritt. Indikatoren zu Outcome, Output und Impact sollten daher zumindest über einen Beobachtungszeitraum von drei, idealerweise jedoch fünf Jahren evaluiert werden. Auch die gesundheitsökonomische Bewertung folgt vergleichbaren Mechanismen und sollte ebenfalls frühestens nach drei, idealerweise aber erst nach fünf Jahren erfolgen.

4.3. Indikatoren zur Evaluierung des DMP

Das Evaluationskonzept zielt auf die Messung der Wirksamkeit des DMP hinsichtlich medizinischer Outcomes der Patientinnen bzw. Patienten, Auswirkungen auf das Gesundheitssystem (Inanspruchnahme von Leistungen, Über- und Unterversorgung, wie z.B. leitlinienadhärente Diagnostik und Therapie) sowie auf den ökonomischen Impact des DMP ab. Es hat aber auch zum Ziel, die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen des DMP zu bewerten. Dazu zählen beispielsweise die bereitgestellten finanziellen und personellen Mittel (Strukturen), die Prozesse oder Fortbildungen für Gesundheitsdienstleister sowie die Schulungen für Patientinnen bzw. Patienten. Indikatoren sind somit aus all diesen Bereichen zu berücksichtigen.

Die Auswahl der Indikatoren ist eng an die Zielsetzung des österreichweiten DMPs für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz geknüpft. Dieses hat eine rasche Diagnostik und Behandlung einer neu aufgetretenen Herzinsuffizienz bzw. einer akut dekompensierten CHI auf hohem fachlichen Niveau sowie die Prävention von akuten Dekompensationen einer bekannten CHI zum Ziel. Auf diese Weise soll die Hospitalisierungsrate reduziert, die Mortalität der Patientinnen bzw. Patienten gesenkt und deren Lebensqualität verbessert bzw. zumindest erhalten bleiben. Demzufolge werden jedenfalls Indikatoren zu langfristigen Outcomes (Mortalität, Lebensqualität), stationären Aufenthalten und zur Leitlinienkonformität der Behandlung berücksichtigt.

Weitere Indikatoren zur Bewertung von Prozessen, Outcomes, Über- und Unterversorgung sowie zu finanziellen Impacts wurden in einem mehrstufigen Prozess ausgewählt. Dieser fand unter Berücksichtigung der Relevanz des jeweils zu messenden Kriteriums für die Bewertung und Steuerung des DMP und unter jener der Umsetzbarkeit der Erhebung in einem realen Setting der Routineversorgung statt. Final wurden 34 Indikatoren gewählt, die vor allem zu den Dimensionen der strukturellen Gegebenheiten, der Versorgungsprozesse und der Ergebnisse der Versorgung Aussagen zulassen werden. Sie speisen sich zum Teil

aus ohnehin verfügbaren Sekundärdaten, vor allem aus bestehenden Verrechnungssystemen und Primärdaten, die zum Zwecke der Evaluation gesondert erhoben werden müssen. Der Prozess dieser notwendigen Datenerhebung ist in Abschnitt 4.5. beschrieben. Die detaillierte Definition der Indikatoren und die zugehörige Berechnung sind tabellarisch im Manual dargestellt.

Die definierten Indikatoren stellen das akkordierte und verbindliche Mindestindikatorensatz dar, das zur Wahrung von Vergleichbarkeit und umfassender Aussagekraft der Evaluation jedenfalls eingehalten werden sollte. Die restlichen Indikatoren aus der initialen Literaturrecherche stellen ein fakultativ ergänzbares Kompendium dar, aus dem zusätzlich gewählt werden kann, wenn weitere vertiefende Untersuchungen angestrebt werden. Eventuell sind dafür zusätzliche Daten zu erheben, die hier nicht gesondert benannt wurden.

Zudem ist zu beachten, dass auch aus dem Teilprojekt „Qualitäts- und Risikomanagement“ Indikatoren abzuleiten sein werden, die vor allem die Strukturen und Prozesse auf der Mikroebene betrachten werden. Diese sind ebenfalls als mögliche Ergänzung zu den hier dargestellten zu betrachten, die sich deswegen überwiegend – jedoch nicht ausschließlich – auf Outcome, Output und Impact beziehen.

4.3.1. Indikatoren zur Strukturqualität und Informationsindikatoren

Es wurden zwei Indikatoren ausgewählt, die der Kategorie der Strukturqualität nach Donabedian (1980) bzw. der allgemeinen Information nach DISMEVAL über die basale Funktionalität des DMP zugerechnet werden könnten. Dabei handelt es sich um Indikatoren, die Aufschluss über die Akzeptanz des Programms unter Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten sowie deren Charakteristik in Relation zur Zielgruppe geben sollen.

4.3.2. Indikatoren zur Prozessqualität

Zehn der ausgewählten Indikatoren beziehen sich auf die Beschreibung der Versorgungsprozesse. Diese wiederum umfassen eine Bewertung der Umsetzung von Maßnahmen zum Empowerment sowie der – datentechnisch nicht anders umsetzbaren – rein quantitativen Bewertung der Umsetzung der Empfehlungen medizinischer Leitlinien. Dazu kommen weitere fünf optional verwendbare Indikatoren zur Messung der Prozessqualität.

4.3.3. Indikatoren zu Outcome und Output

Der Outcome nach Donabedian bezieht sich auf die messbaren medizinischen Ergebnisse des Programms; Parameter, die aus Primärdaten gespeist werden müssen. Der Output nach DISMEVAL bezieht sich auf Ergebnisse des Programms, die sich in der programmierten Nutzung des Versorgungssystems ablesen lassen, die also aus Sekundärdaten aus den Verrechnungsdokumentationen gespeist werden. Insgesamt handelt es sich um neun Indikatoren, die diese Dimensionen der Auswirkungen des DMP ermessen sollen. Sie beinhalten neben der Mortalität eine Bewertung unerwünschter Ereignisse und zu den Outputs die Häufigkeiten von Inanspruchnahmen verschiedener kategorisierter Gesundheitsdiensteanbieter. Die kausale Zuordnung zum DMP erfolgt hierbei, da es sich um Sekundärdaten handelt, über den Kontrollgruppenvergleich.

Darüber hinaus werden die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten mit dem DMP gesondert als Outcome-Parameter erhoben. Demzufolge handelt es sich dabei um Primärdaten, die über eigene Erhebungsblätter und Dokumentationsprozesse erfasst werden müssen (siehe dazu Abschnitt 4.3.5.).

4.3.4. Indikatoren zum Impact

Acht Indikatoren bewerten den Impact des Programms auf die Kosten in den einzelnen Versorgungssektoren und Produktkategorien. Auch diese Bewertungen erfolgen aus der Analyse von Sekundärdaten im Kontrollgruppenvergleich. Zwei weitere Indikatoren dienen der gesundheitsökonomischen Bewertung des Programms in Relation zum Nutzen desselben, wobei in der Umsetzung der Evaluation einer der beiden auszuwählen sein wird. Dabei handelt es sich um die inkrementelle Kosten-Effektivitäts- und die inkrementelle Kosten-Nutzwert-Relation. Während für den Nutzwert Quality Adjusted Life Years (QALYs) verwendet werden, die aus der Erhebung der Lebensqualität abzuleiten sind, sollte im Falle der Verwendung der ICER das ‚ereignisfreie Überleben‘ als Effektgröße herangezogen werden.

4.3.5. Indikatoren aus Primärdaten

Ein Teil der Indikatoren kann nur berechnet werden, wenn dazu eigens Daten erhoben werden, da sie in strukturierter Form nicht in den Routinedokumentationen des österreichischen Gesundheitswesens zu finden sind. Deren Erhebung ist unbedingt in die Routineprozesse des DMP zu integrieren und stellt eine Nahtstelle zum Teilprojekt „Datenmanagement“ dar. Dies betrifft in erster Linie einige wenige medizinische Parameter (NYHA-Klasse, Adverse Events), die für die Outcome-Bewertung sowie die Lebensqualität und Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten bzw. der Leistungserbringer mit dem DMP heranzuziehen sind.

Zur Messung der Lebensqualität empfiehlt die Literatur bei einer Bewertung Patientinnen bzw. Patienten mit CHI den Einsatz des EQ-5D-Fragebogens (Dyer, Goldsmith, Sharples & Buxton, 2010; IQWiG, 2015). Hierbei handelt es sich um einen generischen Fragebogen mit fünf Fragen zur Bewertung der Lebensqualität der Patientinnen bzw. Patienten. Der Fragebogen ist indikationsunabhängig, weist eine hohe Sensitivität auf und erhebt den allgemeinen Gesundheitszustand. Aufgrund seiner Praktikabilität in der Durchführung und seiner wissenschaftlichen Güte eignet sich dieser Fragebogen für einen Einsatz im DMP. Dieser Fragebogen ist durch die EuroQol Group lizenziert, weswegen vor seiner Verwendung eine Registrierung auf der Website der EuroQol Group¹⁶ durchgeführt werden muss (BÄK et al., 2019; Heartbeat Medical Solutions, 2017). Das Ergebnis des Fragebogens ist ein fünfstelliger Code, der über Wertetabellen, die aus Regressionsanalysen abgeleitet wurden, in Qualitätswerte zwischen 1 und 0 übergeführt wird. Diese Wertetabelle ist nach Möglichkeit populationsspezifisch verfügbar. Es gibt kein entsprechendes Value Set mit Präferenzwerten aus Österreich zur Überführung der Antworten in einen Index, weshalb auf das Value Set aus Deutschland zurückgegriffen werden sollte (Böhler, 2018). Eine Musterversion des EQ-5D ist dem Manual beigelegt.

Die Bewertung der Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten bzw. Leistungserbringer mit der Versorgung im Rahmen des DMPs wird gesondert beschrieben (siehe dazu Abschnitt 4.7.).

¹⁶ Euroqol Research Foundation: EQ-5D, helping the world make better health decisions. Zugriff am 24.07.2020. Verfügbar unter: <https://euroqol.org>.

4.4. Kontrollgruppenbildung

Bei nicht-experimentellen Untersuchungen ist ein Kontrollgruppenvergleich unerlässlich, um bewerten zu können, ob bzw. inwiefern die gemessenen Effekte auf das DMP zurückzuführen sind. Die Ergebnisse der Kontrollgruppe sollen darstellen, was gewesen wäre, wenn es das DMP nicht gegeben hätte. Folglich ist das Ziel der Kontrollgruppenbildung eine der Interventionsgruppe möglichst ähnliche Kohorte an Patientinnen bzw. Patienten zu erreichen, die sich in den Patientinnen- bzw. Patientenmerkmalen nicht unterscheidet.

Es gibt verschiedene Verfahren, die es ermöglichen, aus Routinedaten für jede Patientin bzw. jeden Patienten der Interventionsgruppe einen ‚statistischen Zwilling‘ zu bilden. Für die vorliegende Evaluation wird eine Kombination aus ‚Exact Matching‘ und ‚Propensity Score Matching (PSM)‘, auf Basis von für Verrechnungszwecke routinemäßig erhobenen Daten, empfohlen. Ziel des PSM ist das Generieren einer Kontrollgruppe mit bestmöglicher Strukturgleichheit. Das Exact Matching soll sicherstellen, dass es keine Unterschiede in den Kohorten hinsichtlich Attribute gibt, von denen zu erwarten ist, dass sie einen starken Zusammenhang mit den Zielparametern aufweisen (z.B. Alter und Mortalität).

Zunächst ist für jede Person der Interventions- und jede potenzielle Person der Kontrollgruppe ein Propensity Score zu berechnen. Bei der Auswahl der Attribute für das Regressionsmodell ist darauf zu achten, dass keine Variablen eingeschlossen werden, von denen ein starker Zusammenhang mit den Zielparametern zu erwarten ist, da diese in weiterer Folge – unter Anwendung des Verfahrens des Exact Matchings – exakt auszugleichen sind. Die Kombination der beiden Verfahren erfolgt, indem statistische Zwillinge mit dem ‚Nearest-Neighbour-Verfahren‘, anhand der berechneten Propensity Scores, nur in jenen Subgruppen gesucht werden, die in den exakten Matching-Kriterien wie Alter oder Geschlecht übereinstimmen.

Das genaue Prozedere zur Identifikation der Interventions- und zur Bildung der Kontrollgruppe ist dem beiliegenden Manual zu entnehmen.

4.4.1. Identifikation von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI

Die Interventionsgruppe bilden alle Patientinnen bzw. Patienten mit CHI, die sich in das DMP eingeschrieben haben. Diese sind anhand der DMP-spezifischen Dokumentation in den Einrichtungen zu identifizieren. In der Folge wird das Versorgungsmuster aus den Daten der Sozialversicherung und der LKF-Dokumentationen der Jahre vor DMP-Einschreibung für jede Patientin bzw. jeden Patienten extrahiert. Dieses besteht aus den Heilmittelverschreibungen, der Frequenz von fachspezifischen Arztbesuchen und den stationären Aufenthalten. Zur Bildung der Kontrollgruppe ist es nun notwendig, Patientinnen bzw. Patienten mit dem weitgehend identen Versorgungsmuster aus denselben Daten des Versorgungssystems im gleichen Zeitraum zu extrahieren und mit den Individuen der Interventionsgruppe zu matchen. Theoretisch stellt dies eine Kohorte von Menschen in vergleichbarem gesundheitlichem Status dar. Die genaue Vorgehensweise in der Datenverknüpfung und der Musteranalytik wird im Manual beschrieben.

In Österreich werden Diagnosedaten im stationären Bereich im Rahmen von Routinedaten erhoben.¹⁷ Somit ist eine Identifikation von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI aufgrund der Entlassungsdiagnose ICD-10-Code I50 (Haupt- und Nebendiagnosen) möglich. In der

¹⁷ Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten § 35, Fassung vom 19.01.2019.

ambulanten Versorgung werden aktuell keine Diagnosen im Rahmen der Leistungserbringung dokumentiert. Es gibt jedoch Bestrebungen, im Bereich der Allgemeinmedizin und bei Primärversorgungseinheiten die ICPC-2-Kodierung flächendeckend einzuführen. Zukünftig können Patientinnen bzw. Patienten daher womöglich auch anhand der Routinedatendokumentation im niedergelassenen Bereich identifiziert werden.¹⁸

4.5. Datenmanagement und Datengrundlage

Für die Umsetzung des DMP wird grundsätzlich die Entwicklung eines anwendungsspezifischen standardisierten Dokumentationssystems in elektronischer Form empfohlen, das struktur-, leistungs-, patientinnen- bzw. patienten- und diagnosebezogene Informationen umfasst (in weiterer Folge als DMP-Dokumentation bezeichnet). Es sollte dabei sichergestellt werden, dass die Datensätze der einzelnen DMP-Einrichtungen in einem zentralen DMP-Data-Warehouse zusammengeführt werden können, um eine gesamthafte Betrachtung gewährleisten zu können. Die Datenerfassung und Übermittlung sollte über zwei Datenbanksysteme erfolgen, um rein administrative Daten sowie medizinische Detaildaten zu trennen.

Die DMP-Dokumentation bildet auch die Basis für die Analysen und Indikatoren-Berechnung im Rahmen der quantitativen Evaluation. Neben den Parametern der DMP-Dokumentation werden insbesondere für den Kontrollgruppenvergleich auch die routinemäßig erhobenen Daten unterschiedlicher Versorgungssektoren des Gesundheitssystems (Daten der Sozialversicherung – SV, Daten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – BMSGPK sowie der Landesgesundheitsfonds und aus dem Bereich der allgemeinen Statistik zur Bevölkerung und der Gesundheitsversorgung in Österreich) benötigt. In Abbildung 3 werden die Datenquellen inklusive der jeweiligen Datenhalter in einer Übersichtsgrafik dargestellt.

Demnach umfasst die DMP-Dokumentation im Bereich der administrativen Daten die Stamminformationen zu den teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz (z.B. Alter, Geschlecht, Wohnregion, Versicherungsträger) sowie die Struktur-, Leistungs- und Personaldaten der DMP-Einrichtungen (z.B. Anzahl der teilnehmenden Ärztinnen bzw. Ärzte, Einschreibungsraten). Im Bereich der medizinischen Dokumentation sollten alle im Rahmen des DMP erhaltenen Einzelleistungen und medizinischen Einzelparameter (z.B. NYHA-Stadium, Adverse Events) sowie deren zeitliche Entwicklung erfasst werden.

Aus den routinemäßig zur Verfügung stehenden Daten des Gesundheitssystems werden aus dem extramuralen Versorgungsbereich die Folgekosten-Datensätze (FOKO) zu Einzelleistungen, e-Card-Konsultationen sowie zu Heilmitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln der Sozialversicherung benötigt. Aus dem intramuralen Versorgungsbereich werden die Daten zu stationären Aufenthalten und spitalsambulanten Besuchen inklusive der Parameter der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF-Scoring-Daten) sowie der Diagnose- und Leistungsdaten der Landesgesundheitsfonds bzw. BMSGPK benötigt. Die Daten der allgemeinen Statistik umfassen den Bevölkerungsstand und die Bevölkerungsstruktur auf regionaler Ebene sowie die Personalstände im Gesundheitswesen (z.B. Gesamtzahl der niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte je Fachgruppe).

¹⁸ Der ICPC-2-Code K77 steht für Herzinsuffizienz und entspricht den ICD-10-Codes I50.0, I50.19 und I50.9.

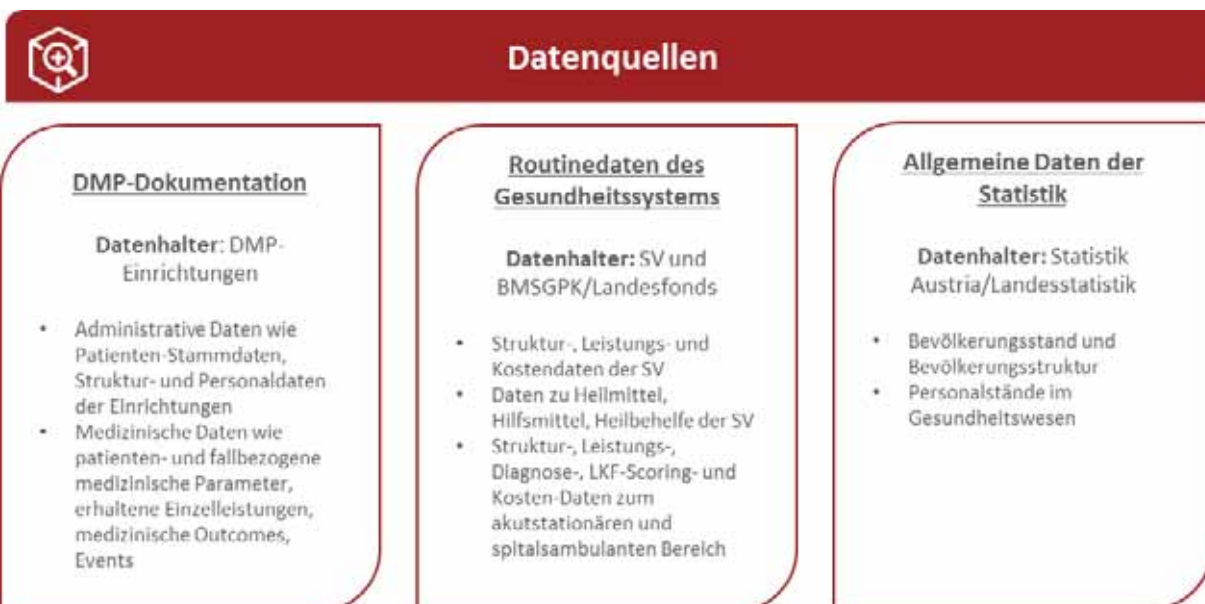


Abbildung 3: Übersichtsdarstellung zu den benötigten Datensätzen

Für die Indikatoren-Berechnung (insbesondere für den Kontrollgruppenvergleich) ist eine sektorenübergreifende Verknüpfung der beschriebenen Datensätze erforderlich. Die Umsetzung sollte über die Verwendung eindeutiger Patientinnen- bzw. Patienten-Pseudonyme durchgeführt werden, um alle datenschutzrechtlichen Aspekte zu berücksichtigen. Die genaue Vorgehensweise zur sektorenübergreifenden Datenverknüpfung und eine detaillierte Datenspezifikation befindet sich im Manual.

4.5.1. Rechtliche Grundlage und datenschutzrechtliche Bestimmungen zur Bereitstellung der Daten

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen bildet die rechtliche Grundlage für die Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten im intra- und extramuralen ambulanten und stationären Bereich. Für die Übermittlung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich gilt die Gesundheitsdokumentationsverordnung. Diese regelt auch, zu welchen Zeitpunkten die routinemäßig erhobenen Daten spätestens zur Verfügung stehen. Grundsätzlich gilt, dass alle Daten bis spätestens 30. April des Folgejahres qualitätsgesichert und final geprüft zur Verfügung stehen müssen. Rechtsgrundlage für Daten der allgemeinen Statistik ist vor allem das Bundesstatistikgesetz. Für die Aufbereitung der Rohdaten im Rahmen der quantitativen Evaluation ist eine Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (personenbezogene Gesundheitsdaten) in pseudonymisierter Form gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)¹⁹ erforderlich.

Für die am DMP teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten ist die Einholung einer Einwilligungserklärung betreffend der Verarbeitung und sektorenübergreifenden Analyse der Daten erforderlich. Die Bildung sektorenübergreifender Datensätze ist über Patientinnen- bzw. Patienten-Pseudonyme umzusetzen, die die Zuordnung personenbezogener Daten zu betroffenen Personen ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr ermög-

¹⁹ EU-DSGVO, Artikel 9, Absatz 2, h und i.

licht. Die zusätzlichen Informationen sind gesondert aufzubewahren. Es sind alle technischen und organisatorischen Maßnahmen (TOM) gemäß der EU-DSGVO²⁰ zur Sicherheit bei der Datenverarbeitung zu berücksichtigen. Die sektorenübergreifenden Datensätze sind ausschließlich im Rahmen der Evaluation zu verwenden und müssen nach Abschluss unwiederbringlich vernichtet werden.

Zwischen den Datenhaltern und der evaluierenden Institution ist ein Auftragsverarbeitungsvertrag (AVV) gemäß EU-DSGVO²¹ abzuschließen, der unter anderem den Gegenstand des Auftrags, die Dauer der Vereinbarung sowie die Rechte und Pflichten des Auftragsverarbeiters regelt.

4.5.2. Sektorenübergreifende Datenverknüpfung

Für die Indikatoren-Berechnung und den Kontrollgruppenvergleich ist eine sektorenübergreifende Verknüpfung der Daten aus der DMP-Dokumentation und der routinemäßig erhobenen Daten des Gesundheitssystems erforderlich. Die Datenverknüpfung soll über eindeutige Patientinnen- bzw. Patienten-Pseudonyme erfolgen, die in alle Datensätze integriert werden müssen. Für die softwaregestützte Aufbereitung und Analyse von Einzelfalldaten (DMP-Dokumentation und Routinedaten der Sozialversicherung und der Landesgesundheitsfonds) ist das Einholen der Einverständniserklärung aller Krankenversicherungsträger (ÖGK, BVAEB, SVS) sowie der zuständigen Landesgesundheitsfonds erforderlich.

Nachfolgend werden die einzelnen Umsetzungsschritte für die sektorenübergreifende Datenverknüpfung und Bildung der Interventions- (IG) und Kontrollgruppe (KG) schematisch dargestellt.

²⁰ EU-DSGVO, Artikel 32.

²¹ EU-DSGVO, Artikel 28.

Schritt 1 - Ermittlung der Interventionsgruppe (IG) aus DMP-Basisdokumentation durch DMP-Data Warehouse

Schritt 2 - Übermittlung der IG-Basisdaten an SV und Matching mit FOKO-Datensätzen sowie den Daten der SV zu intramuralen Kontakten (stationäre Aufenthalte und spitalsambulante Besuche)

Schritt 3 - Analyse des Inanspruchnahme-Musters der IG vor Beobachtungsbeginn durch SV

Schritt 4 - Ermittlung der Kontrollgruppe (KG) mittels Matching-Verfahren durch SV

Schritt 5 - Analyse des sektorenübergreifenden Inanspruchnahme-Musters und Indikatoren-Berechnung für IG und KG innerhalb des Beobachtungszeitraums

Abbildung 4: Umsetzungsschritte der sektorenübergreifenden Datenverknüpfung

4.6. Auswertungsmethode und statistische Verfahren

Für die Kohortenstudie mit jährlicher Berichterstattung ist eine Vollerhebung anzustreben. Das bedeutet, dass alle Patientinnen bzw. Patienten in die Evaluation, die sich seit Einführung des DMPs bis zum Ende des Evaluationszeitraums in das DMP eingeschrieben haben, einzubeziehen sind. Der Auswertungszeitraum beginnt für jede Patientin bzw. jeden Patienten mit dem Einschreibedatum und endet mit dem Evaluationszeitraum bzw. dem Datum des Ausscheidens aus dem DMP. Die neu eingeschriebenen Patientinnen bzw. Patienten sind jährlich zusammenzufassen und als Jahres-Kohorte zu betrachten. Das x-te Teilnahmehjahr fällt somit für jede Kohorte in unterschiedliche Kalenderjahre.

Die Wirksamkeitsmessung in medizinischer und ökonomischer Hinsicht erfolgt im Kontrollgruppenvergleich. Der Gruppenvergleich findet relativ zum Einschreibzeitpunkt der Patientin bzw. des Patienten in das DMP statt und nicht pro Kalenderjahr. Dem statistischen Zwilling wird dabei das Datum seiner Partnerin bzw. seines Partners aus der Interventionsgruppe zugewiesen. Zur Bewertung der statistischen Signifikanz von Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe sind Hypothesentests für unabhängige Stichproben durchzuführen. Dazu zählt z.B. der T- bzw. Mann-Whitney-U-Test und der exakte Chi-Quadrat-Test. Ein p-Wert kleiner als 0,05 bedeutet, dass der Unterschied in der geprüften Variable zwischen der Kontroll- und der Verumgruppe signifikant und nicht durch Zufall zustande gekommen ist.

4.7. Qualitative Outcomes

Ergänzend zu den quantitativen Verfahren werden, um die Dimension der Zufriedenheit mit dem DMP im Rahmen der Evaluation abbilden zu können, qualitative Verfahren vorgeschlagen.

Betrachtungsebene sind dabei die Zufriedenheit der Gesundheitsdiensteanbieter mit dem DMP und die der Patientinnen bzw. Patienten mit der Betreuung im Rahmen des DMP. Dem Grundprinzip qualitativer Forschung, möglichst unterschiedliche Perspektiven einzubeziehen, wird damit Rechnung getragen (Flick, 2006, S. 16). Letztlich ist die Zufriedenheit sowohl von Gesundheitsdiensteanbietern als auch von Patientinnen bzw. Patienten ein Indikator dafür, ob das DMP angenommen wird und somit das Potenzial hat, zu einem flächendeckenden Versorgungsangebot zu werden.

Qualitative Verfahren sind grundsätzlich sehr aufwendig was die Erhebungsmethode und Auswertung angeht. Es wird daher im Rahmen dieses Evaluationskonzeptes ein ressourcenmäßig vertretbarer Weg vorgeschlagen. Ziel der qualitativen Erhebung ist es, Resonanz zur Zufriedenheit der relevanten Zielgruppen mit dem Programm einzuholen, um allenfalls beispielsweise in den Prozessen und der Kommunikation nachsteuern zu können. Die Zufriedenheit mit dem DMP wird in Anlehnung an Delone & McLean (2003) anhand folgender sechs Dimensionen erfasst:

- Servicequalität,
- Informationsqualität,
- Systemqualität,
- Gesundheitlicher Nutzen,
- Gesamtzufriedenheit,
- Nutzungsabsicht.

Delone und McLean beschreiben in ihrem multidimensionalen Modell die Messung von Informationssystemen. Beim Projekt HerzMobil wurden beispielsweise die Dimensionen von Delone und McLean bereits zur Zufriedenheitsmessung angewandt (Ammenwerth et al., 2018). Im Prozesshandbuch zur Entwicklung von Disease-Management-Programmen des CCIV wird ein effektives Informationssystem für die Durchführung eines Disease-Managements-Programms beschrieben. So stehen alle beteiligten Akteure des DMP im Informationsaustausch zueinander.

Die genannten sechs Zufriedenheitsdimensionen sind daher die Grundlage für Gesprächsleitfäden für Fokusgruppen mit Gesundheitsdiensteanbietern und die Patientinnen- bzw. Patienteninterviews.

Um die Zufriedenheit der Gesundheitsdiensteanbieter zu erfassen, wird die Methode der Fokusgruppe vorgeschlagen. Durch eine möglichst heterogene Zusammensetzung der Fokusgruppe (Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsberufe, die im DMP involviert sind) erhält man durch die wechselseitige Bezugnahme der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer aufeinander ein möglichst umfassendes Bild zur jeweiligen Fragestellung (Flick, 2006, S. 188). Pro Fokusgruppe werden etwa vier bis sechs Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer vorgeschlagen, dies hat sich in der Praxis als praktikable Größe herausgestellt. Neben der

Moderatorin bzw. dem Moderator nimmt eine weitere Person teil, die die Ergebnissicherung der Fokusgruppe sicherstellt. Das so entstandene Protokoll wird in weiterer Folge inhaltsanalytisch ausgewertet (Lamnek, 2008, S. 478).

Die Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten wird mittels leitfadengestützter persönlicher Interviews erhoben. Die Interviews werden protokolliert und in weiterer Folge genauso wie die Fokusgruppen inhaltsanalytisch ausgewertet.

Es wird pro Bundesland, in dem das DMP CHI umgesetzt wird, empfohlen, ein bis zwei Fokusgruppen mit Gesundheitsdienstleistern und fünf Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten zur Zufriedenheit mit dem DMP CHI durchzuführen. Es ist davon auszugehen, dass – wenn auf einen möglichst heterogenen Mix der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer der Fokusgruppe sowie der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner geachtet wird – mit dieser Anzahl an Fokusgruppen und Interviews die theoretische Sättigung erreicht werden kann (Lamnek, 2008, S. 189).

5. VERZEICHNISSE

5.1. Literaturverzeichnis

- Ammenwerth, E., Modre-Osprian, R., Fetz, B., Gstrein, S., Krestan, S., Dörler, J. et al. (2018). HerzMobil, an Integrated and Collaborative Telemonitoring-Based Disease Management Program for Patients With Heart Failure: A Feasibility Study Paving the Way to Routine Care. *JMIR Cardio*, 2(1), e11. <https://doi.org/10.2196/cardio.9936>
- AQUA. (2015). *Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 4.0* (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Hrsg.). Göttingen. Zugriff am 11.04.2019. Verfügbar unter: <https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA-Methodenpapier-4.0.pdf>
- BÄK, KBV & AWMF. (2019). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung* (3. Auflage, Version 1) (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hrsg.). Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2019-10_01.pdf
<https://doi.org/10.6101/AZQ/000465>
- Biondi-Zoccai, G., Lotrionte, M., Landoni, G. & Modena, M. G. (2011). The rough guide to systematic reviews and meta-analyses. *HSR Proceedings in Intensive Care and Cardiovascular Anesthesia*, 3(3), 161–173. Zugriff am 20.05.2020. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/235729483_The_rough_guide_to_systematic_reviews_and_meta-analyses
- Böhler, C. (2018). *Methodische Empfehlungen für die ökonomische Evaluation von eHealth-Applikationen in Österreich 2018. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger*. Zugriff am 22.03.2019. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.659884&version=1533548852>
- Bruin, S. R. de, Heijink, R., Lemmens, L. C., Struijs, J. N. & Baan, C. A. (2011). Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the literature. *Health Policy*, 101(2), 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.03.006>
- CCIV. (2010). *Prozesshandbuch für die Entwicklung von Disease Management Programmen* (1. Auflage) (Competence Center Integrierte Versorgung, Hrsg.). Wien. Zugriff am 18.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.cciv.at/cdscontent/load?contentid=10008.550837&version=1391172814>
- CCIV. (2019). *Chronische Herzinsuffizienz Briefing-Grundlage für die externe Beauftragung des Teilkonzepts zum Thema Evaluierung*.
- Conklin, A. & Nolte, E. (2011). Disease Management Evaluation: A Comprehensive Review of Current State of the Art. *Rand Health Quarterly*, 1(1), 7.
- Conklin, A., Nolte, E. & Vrijhoef, H. (2013). Approaches to chronic disease management evaluation in use in Europe: a review of current methods and performance measures. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 29(1), 61–70. <https://doi.org/10.1017/S0266462312000700>

- Cook, C., Cole, G., Asaria, P., Jabbour, R. & Francis, D. P. (2014). The annual global economic burden of heart failure. *International Journal of Cardiology*, 171(3), 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.12.028>
- DeLone, W. H. & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update. *Journal of Management Information Systems*, 19(4), 9–30. <https://doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748>
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Explorations in quality assessment and monitoring, Bd. 1). Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Dyer, M. T. D., Goldsmith, K. A., Sharples, L. S. & Buxton, M. J. (2010). A review of health utilities using the EQ-5D in studies of cardiovascular disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-13>
- Elissen, A., Nolte, E., Hinrichs, S., Conklin, A., Adams, J., Cadier, B. et al. (2014). Evaluating chronic disease management in real-world settings in six European countries: Lessons from the collaborative DISMEVAL project. *International Journal of Care Coordination*, 17(1-2), 25–37. <https://doi.org/10.1177/2053435414541644>
- Ezekowitz, J. A., O'Meara, E., McDonald, M. A., Abrams, H., Chan, M., Ducharme, A. et al. (2017). 2017 Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. *The Canadian Journal of Cardiology*, 33(11), 1342–1433. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.08.022>
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lázaro, P. et al. (2001). *The Rand/UCLA Appropriateness Method User's Manual*. Santa Monica: Rand. Zugriff am 13.03.2020. Verfügbar unter: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf
- Flamm, M., Panisch, S., Winkler, H., Johansson, T., Weitgasser, R. & Sönnichsen, A. C. (2012). Effectiveness of the Austrian disease management programme "Therapie Aktiv" for type 2 diabetes regarding the improvement of metabolic control, risk profile and guideline adherence: 2 years of follow up. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 124(17-18), 639–646. <https://doi.org/10.1007/s00508-012-0226-x>
- Flick, U. (2006). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (4. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Fullerton, B., Nolte, E. & Erler, A. (2011). Qualität der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* [The quality of chronic care in Germany], 105(8), 554–562. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.12.025>
- Gold, M. R. (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. New-York: Oxford University Press.
- Heartbeat Medical Solutions. (2017). *Patient Reported Outcome Measures. Generic Health Related Quality of Life Instruments*. Der heartbeat Guide. Berlin.
- ICER. (2018). *The QALY: Rewarding the Care That Most Improves Patients' Lives* (INSTITUTE FOR CLINICAL AND ECONOMIC REVIEW, Hrsg.). Zugriff am 20.05.2020. Verfügbar unter: https://icer-review.org/wp-content/uploads/2018/12/QALY_evLYG_FINAL.pdf
- Inglis, S. C., Clark, R. A., Dierckx, R., Prieto-Merino, D. & Cleland, J. G. F. (2015). Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), i-256. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007228.pub3>
- Inglis, S. C., Clark, R. A., McAlister, F. A., Stewart, S. & Cleland, J. G. F. (2011). Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary

- component of chronic heart failure management in 8323 patients. Abridged Cochrane Review. *European Journal of Heart Failure*, 13(9), 1028–1040. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfr039>
- IQTiG. (2019). *Methodische Grundlagen V1.1* (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 19.04.2019. Verfügbar unter: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_2019-04-15.pdf
- IQWiG. (2015). *Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronische Herzinsuffizienz. Abschlussbericht* (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Hrsg.). Köln. Zugriff am 18.02.2019. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahU-KEwjB3MnAyfThAhWEIIAKHU-PUBP8QFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.iqwig.de%2Fdownload%2FV14-01_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-ein-DMP-Chronische-Herzinsuffizienz.pdf&usg=AOvVaw3nNttfdavFF38yfxTlmsD9
- Johansson, T., Keller, S., Winkler, H., Ostermann, T., Weitgasser, R. & Sönnichsen, A. C. (2016). Effectiveness of a Peer Support Programme versus Usual Care in Disease Management of Diabetes Mellitus Type 2 regarding Improvement of Metabolic Control: A Cluster-Randomised Controlled Trial. *Journal of Diabetes Research*. <https://doi.org/10.1155/2016/3248547>
- Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P. & Schmacke, N. (Hrsg.). (2014). *Schwerpunkt: Depression. [mit Online-Zugang]; mit 78 Tabellen* (Versorgungs-Report, 2013/14). Stuttgart: Schattauer.
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe* (2., überarbeitete Auflage). Wien: Facultas. Zugriff am 20.11.2018. Verfügbar unter: <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10772386>
- Lamnek, S. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (4., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Laramée, A. S., Levinsky, S. K., Sargent, J., Ross, R. & Callas, P. (2003). Case Management in a Heterogeneous Congestive Heart Failure Population. *Archives of internal medicine*, 163(7), 809. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.7.809>
- Linden, A., Adams, J. L. & Roberts, N. 2003. *Evaluation methods in disease management: determining program effectiveness*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1902.8007>
- Lowery, J., Hopp, F., Subramanian, U., Wiitala, W., Welsh, D. E., Larkin, A. et al. (2012). Evaluation of a Nurse Practitioner Disease Management Model for Chronic Heart Failure: A Multi-Site Implementation Study. *Congestive Heart Failure*, 18(1), 64–71. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7133.2011.00228.x>
- Mahmood, S. S., Levy, D., Vasan, R. S. & Wang, T. J. (2014). The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet*, 383(9921), 999–1008. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61752-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61752-3)
- McAlister, F. A., Lawson, F. M.E., Teo, K. K. & Armstrong, P. W. (2001). A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *The American Journal of Medicine*, 110(5), 378–384. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(00\)00743-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(00)00743-9)
- McQuade, C. N., Mizus, M., Wald, J. W., Goldberg, L., Jessup, M. & Umscheid, C. A. (2017). Brain-Type Natriuretic Peptide and Amino-Terminal Pro-Brain-Type Natriuretic Peptide Discharge Thresholds for Acute Decompensated Heart Failure. *Annals of internal medicine*, 166(3), 180. <https://doi.org/10.7326/M16-1468>

- McRae, I. S., Butler, J. R. G., Sibthorpe, B. M., Ruscoe, W., Snow, J., Rubiano, D. et al. (2008). A cost effectiveness study of integrated care in health services delivery: a diabetes program in Australia. *BMC Health Services Research*, 8, 205. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-205>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. & The Prisma Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Morfeld, M. & Wirtz, M. (2006). Methodische Ansätze in der Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(2), 120–129. <https://doi.org/10.1007/s00103-005-1204-5>
- Mörtl, D. (2016). Herzinsuffizienz. DFP-Literaturstudium. *Österreichische Ärztezeitung*, (8), 20–29. Zugriff am 18.07.2017. Verfügbar unter: http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2016_Verlinkungen/State_Herzinsuffizienz.pdf
- Mörtl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A. et al. (2017). Disease management programs in chronic heart failure. Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiologial Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23-24), 869–878. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0>
- Peri Consulting GmbH. (2019). *Ergebnisbericht Herzinsuffizienz 2018* (Peri Consulting GmbH, Hrsg.). Wien. Zugriff am 03.05.2019. Verfügbar unter: <https://www.herzstark.at/wp-content/uploads/2019/03/Oesterreichischer-Patientenbericht-HI.pdf>
- Poelzl, G., Fetz, B., Altenberger, J., Fritsch, M., Auer, J., Stachl, E. et al. (2020). Heart failure disease management programs in Austria 2019 : A systematic survey of the Heart Failure Working Group and the Working Group for Cardiologial Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 132(11-12), 310–321. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01615-y>
- Pözl, G., Pacher, R., Altenberger, J., Dornaus, C., Ebner, C., Ehmsen, U. et al. (2010). Herzinsuffizienz-Register- (HIR-) Austria 2006–2009: Erfahrungen und Konsequenzen. *Journal für Kardiologie*, 17(3-4), 85–92. Zugriff am 18.03.2019.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. et al. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- RAND Corporation. (2010). *Disease management evaluation: A comprehensive review of current state of the art*. Zugriff am 20.05.2020. Verfügbar unter: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2011/RAND_TR894.pdf
- RAND Corporation. (2012a). *DISMEVAL. Developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems*. Final report. Zugriff am 09.03.2020. Verfügbar unter: https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1226.html
- RAND Corporation. (2012b). *Evaluating chronic disease management. Recommendations for funders and users*. Technical Report. Zugriff am 09.03.2020. Verfügbar unter: https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1213.html

- Riedl, R., Robausch, M. & Berghold, A. (2016). The Evaluation of the Effectiveness of Austrians Disease Management Program in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus - A Population-Based Retrospective Cohort Study. *PloS One*, 11(8), e0161429. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161429>
- Roccaforte, R., Demers, C., Baldassarre, F., Teo, K. K. & Yusuf, S. (2005). Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 7(7), 1133–1144. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2005.08.005>
- Schöffski, O. & Graf von der Schulenburg, J.-M. (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-21700-5>
- Schulte, T., Mund, M., Hofmann, L., Pimperl, A., Dittmann, B. & Hildebrandt, H. (2016). Pilotstudie zur Evaluation des DMP Koronare Herzkrankheit - Entwicklung einer Methodik und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* [A pilot study to evaluate the DMP for coronary heart disease - Development of a methodology and first results], 110-111, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.11.003>
- Takeda, A., Martin, N., Taylor, R. S. & Taylor, S. J. C. 2019. *Disease management interventions for heart failure* (Cochrane Database of Systematic Reviews, ed.). Accessed 25.07.2019. Retrieved from <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002752.pub4/full> <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002752.pub4>
- Unverzagt, S., Meyer, G., Mittmann, S., Samos, F.-A., Unverzagt, M. & Prondzinsky, R. (2016). Improving Treatment Adherence in Heart Failure. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(25), 423–430. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0423>
- Wakefield, B. J., Boren, S. A., Groves, P. S. & Conn, V. S. (2013). Heart Failure Care Management Programs. *The Journal of cardiovascular nursing*, 28(1), 8–19. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f9e1>
- WHO. (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches* (World Health Organization, Hrsg.). Copenhagen: European observatory on health systems and policies. Zugriff am 30.05.2018. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/270729/Assessing-chronic-disease-management-in-European-health-systems.pdf
- WHO Europe. 2015. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports* (WHO Europe, ed.) (Observatory studies series). Copenhagen. Accessed 06.02.2019. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/assessing-chronic-disease-management-in-european-health-systems-country-reports>
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Colvin, M. M. et al. (2017). 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation*, 136(6), e137–e161. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000509>
- Zamorano, J. L., Lancellotti, P., Rodriguez Muñoz, D., Aboyans, V., Asteggiano, R., Galderisi, M. et al. (2016). 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. *European Heart Journal*, 37(36), 2768–2801. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw211>

5.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm der systematischen Literaturrecherche	397
Abbildung 2: Ablaufschema zur Auswahl der verbindlichen Mindestindikatoren	406
Abbildung 3: Übersichtsdarstellung zu den benötigten Datensätzen	415
Abbildung 4: Umsetzungsschritte der sektorenübergreifenden Datenverknüpfung	417

5.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche	396
Tabelle 2: Disease-Management-Programme in Österreich	403

ANHANG A: SUCHPROTOKOLL

Datum der Suche	Suchoberfläche	Suchbegriffe	Treffer	
			insgesamt	relevant
31.01.2020	Rechtsinformationssystem (RIS): Österreich	Disease Management Programm	146	0
		Herzinsuffizienz	416	1
31.01.2020	Gemeinsamer Bundesausschuss Deutschland: Deutschland	Disease Management Programm	6	2
		Herzinsuffizienz	0	2
31.01.2020	Der Bundesrat – das Portal der Schweizer Regierung: Schweiz	Disease Management Programm	2	0
		Herzinsuffizienz	2	0
31.01.2020	EUR-LEX: Europäische Union	Disease Management Programm	0	0
		Herzinsuffizienz		0
31.01.2020	Handsuche	Disease Management Programm und Herzinsuffizienz	1	1
<i>Summe der Referenzen aus den Rechtsaktensuche</i>			591	4
19.02.2020	AMWF	Herzinsuffizienz	168	1
18.02.2020	Guidelines International Network	Heart Failure	37	1
		Disease Management Programm	0	0
18.02.2020	Pubmed (Leitlinien)	Heart Failure	144	2
		Disease Management Programm		0
18.02.2020	Handsuche	Disease Management Programm und Herzinsuffizienz	16	1
<i>Summe der Referenzen aus der Leitliniensuche</i>			365	4
30.05.2020	Pubmed (systematische Übersichtsarbeiten)	((("Heart Failure"[Mesh] AND ((systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang])))) AND (((("Patient Care Management"[Mesh]) OR "disease management program"[Title/Abstract]) OR "dmp"[Title/Abstract]) OR "treatment program"[Title/Abstract])) AND ((systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang])))	155	16
<i>Summe der Referenzen aus den systematischen Übersichtsarbeiten</i>			155	16
30.05.2020	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)	Herzinsuffizienz	12	2
		Disease management Programm		
30.05.2020	Ludwig Boltzmann	Herzinsuffizienz	255	0
20.02.2020	Open Grey	Heart Failure	11	6
20.02.2020	NICE	dmp OR "disease management program") AND "heart failure"	63	1
<i>Summe der Referenzen aus der grauen Literatur</i>			391	8
18.02.2020	Handsuche	Disease Management Programm und Herzinsuffizienz	28	12
Gesamte Literatursuche			1.530	46

ANHANG B: INKLUDIERTER REFERENZEN

Nummer	Titel	Herausgeber/Autor, Jahr
1.	Nationale VersorgungsLeitlinie für Chronische Herzinsuffizienz	BÄK, 2019
2.	Leitlinie für Herzinsuffizienz der European Society of Cardiology	ESC, Version 2016
3.	Gesundheitsreformgesetz 2013	Bundesrepublik Österreich, 2013
4.	Gesundheitsqualitätsgesetz	Bundesrepublik Österreich, 2013
5.	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): „Gesetzliche Krankenversicherung“	Bundesrepublik Deutschland
6.	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)	Bundesrepublik Deutschland
7.	Disease management interventions for heart failure (Review)	Takeda et al., 2018
8.	Effect of post-discharge virtual wards on improving outcomes in heart failure and non-heart failure populations: A systematic review and meta-analysis	Uminski, 2018
9.	Effectiveness and Factors Determining the Success of Management Programs for Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis	Oyanguren, 2016
10.	Does case management for patients with heart failure based in the community reduce unplanned hospital admissions? A systematic review and meta-analysis	Huntley, 2016
11.	Systematic review of trial-based analyses reporting the economic impact of heart failure management programs compared with usual care	Maru, 2014
12.	Heart Failure Care Management Programs: A Review of Study Interventions and Meta-Analysis of Outcomes	Ruppar et al., 2016
13.	A meta-review of evidence on heart failure disease management programs: the challenges of describing and synthesizing evidence on complex interventions	Savard et al., 2011
14.	Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and metaanalysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: A bridged Cochrane Review	Inglis et al., 2011

Nummer	Titel	Herausgeber/Autor, Jahr
15.	Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the literature	Bruin et al., 2011
16.	Kosteneffektivität des Einsatzes von Studienschwestern in der Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz Ein systematisches Review	Biermann et al., 2010
17.	Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes	Yu et al., 2005
18.	Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis	Roccaforte et al., 2005
19.	Metaanalysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials	Whellan et al., 2005
20.	The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports	Gonseth et al., 2004
21.	Comprehensive Discharge Planning with Postdischarge Support for Older Patients with Congestive Heart Failure	Phillips et al., 2004
22.	A Systematic Review of Randomized Trials of Disease Management Programs in Heart Failure	McAlister et al., 2001
23.	Chronic heart failure in adults: diagnosis and management	NICE 2018
24.	SIGN 147 Management of chronic heart failure	SIGN, 2016
25.	2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure	AHA, 2017
26.	Wirksamkeit von Disease – Schwerpunkt Management-Programmen in Deutschland – Probleme der medizinischen Evaluationsforschung anhand eines Studienprotokolls	Beyer, 2006
27.	Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators	Carinci, 2015
28.	Methoden der Evaluierung Das A und O der Outcome-Messung in der integrierten Versorgung	CCIV, 2009
29.	Populationsbezogene integrierte Versorgung Darstellung und Bewertung von europäischen Best-Practice-Versorgungsformen und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für Österreich	CCIV, o.D.
30.	Disease management evaluation: A comprehensive review of current state of the art	Conklin & Nolte, 2010
31.	Qualitätsindikatoren: Handle with Care	Czypionka, Riedel & Röhring, 2006

Nummer	Titel	Herausgeber/Autor, Jahr
32.	Evaluating chronic disease management in real-world settings in six European countries: Lessons from the collaborative DISMEVAL project	Elissen et al., 2014
33.	Assessing chronic disease management in European health systems	Nolte et al., 2014
34.	Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronische Herzinsuffizienz	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2014
35.	Bericht der strukturierten Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen – Indikation Koronare Herzkrankheit (KHK)	Medical Netcare GmbH, 2018
36.	Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper	Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006
37.	The RAND Corporation is a nonprofit institution that helps improve policy and decisionmaking through research and analysis.	RAND Corporation, 1980
38.	Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten A-IQI Austrian Inpatient Quality Indicators Indikatorenbeschreibung	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019
39.	Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz	AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2012
40.	Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienzpatienten und die Sicht der Allgemeinmediziner in Oberösterreich	Beneder et al., 2010
41.	HerzMobil, an Integrated and Collaborative Telemonitoring-Based Disease Management Program for Patients with Heart Failure: A Feasibility Study Paving the Way to Routine Care	Ammenwerth et al., 2018
42.	A model to predict the cost-effectiveness of disease management programs	Afschin Gandjour et al., 2018
43.	The annual global economic burden of heart failure	Cook et al., 2013
44.	Ergebnisbericht Herzinsuffizienz 2018	PERI Consulting GmbH, 2018
45.	Heart failure diseasemanagement programs in Austria 2019	Poelzl et al., 2020
46.	Influence of drug adherence and medical care on heart failure outcome in the primary care setting in Austria	Marzluf et al., 2015

ANHANG C: ÜBERSICHT DER PUBLIKATIONEN VON BEREITS EVALUIERTEN DMP IN ÖSTERREICH

Autor, Jahr	Titel der Publikation	Beschreibung
Großschädl et al., 2014	Analysis of type 2 diabetes-induced late effects based on administrative data of social insurance in Austria and implications for the evaluation of the DMP diabetes mellitus	Analyse der durch Typ-2-Diabetes verursachten Spätfolgen auf der Grundlage von Verwaltungsdaten der Sozialversicherung in Österreich. Es wurden pseudonymisierte gesetzliche Krankenversicherungsdaten aller österreichischen Sozialversicherungsträger für die Jahre 2006/07 im ambulanten und stationären Bereich (Leistungs- und Diagnosedaten) verwendet. Typ-2-Diabetiker wurden durch verschriebene Medikamente identifiziert.
Pölzl et al., 2020	Heart failure disease management programs in Austria 2019: A systematic survey of the Heart Failure Working Group and the Working Group for Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology	Systematische Übersichtsarbeit aller DMPs zu chronischer Herzinsuffizienz
Ostermann, Hoess & Müller, 2012	Efficiency of the Austrian disease management program for diabetes mellitus type 2: a historic cohort study based on health insurance provider's routine data	Beurteilung der ökonomischen Auswirkung von DMPs zu Diabetes Typ 2 in Österreich.
Panisch et al., 2018	The impact of a disease management programme for type 2 diabetes on health-related quality of life: multilevel analysis of a cluster-randomised controlled trial	Der Einfluss des Disease-Management-Programms für Typ-2-Diabetes auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität.
Riedl, Robausch & Berghold, 2016	The Evaluation of the Effectiveness of Austrian Disease Management Program in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus - A Population-Based Retrospective Cohort Study	Bewertung der Wirksamkeit des Österreichischen Disease-Management-Programms (DMP) „Therapie aktiv-Diabetes im Griff“ bei Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus hinsichtlich Ergebnisse, wie Mortalität, Myokardinfarkt und Schlaganfall, aber auch auf Ebene der Kosten.
Flamm et al., 2012	Quality of diabetes care in Austrian diabetic patients willing to participate in a DMP – at baseline	Ziel der Studie war die Darstellung der Patienten-Charakteristik und deren Versorgungsqualität im DMP „Therapie aktiv“.

Autor, Jahr	Titel der Publikation	Beschreibung
Johansson, 2016	Cost analysis of a peer support programme for patients with type 2 diabetes: a secondary analysis of a controlled trial	Ziel dieses Projekts war es zu untersuchen, ob die gruppenbasierte Unterstützung durch Gleichaltrige als zusätzliche Komponente eines Disease-Management-Programms (DMP) bei Typ-2-Diabetes die Anzahl der verschriebenen Medikamente Krankenhauseinweisungen; und Dauer des Krankenhausaufenthaltes reduzieren kann Des Weiteren wurde eine Kostenanalyse durchgeführt.
Sönnichsen et al., 2010	The effectiveness of the Austrian disease management programme for type 2 diabetes: a cluster-randomised controlled trial	In dieser Studie wurde eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt, um die Wirksamkeit des österreichischen DMP bei Diabetes mellitus Typ 2 auf HbA1c und die Qualität der Versorgung bei erwachsenem Patienten in der Grundversorgung zu untersuchen.
Johansson et al., 2015	Effectiveness of a Peer Support Programme versus Usual Care in Disease Management of Diabetes Mellitus Type 2 regarding Improvement of Metabolic Control: A Cluster-Randomised Controlled Trial	Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit der Unterstützung durch Peer-Support zusätzlich zu einem Disease-Management-Programm (DMP) für Typ-2-Diabetes-Patienten zu untersuchen.
Flamm et al., 2012	Effectiveness of the Austrian disease management programme "Therapie Aktiv" for type 2 diabetes regarding the improvement of metabolic control, risk profile and guideline adherence: 2 years of follow up	Das Disease-Management-Programm "Therapie Aktiv" für Diabetes mellitus Typ 2 wurde im ersten Jahr der Implementierung in einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie (RCT) evaluiert. Endpunkte waren HbA1c, BMI, Lipide und Blutdruck und die Veränderung der Prozessqualität. Um weitere Auswirkungen des DMP zu analysieren, wurden die Teilnehmer der RCT ein weiteres Jahr beobachtet.
Flamm et al., 2012	Impact of a randomized control group on perceived effectiveness of a Disease Management Programme for diabetes type 2	Dieses Projekt untersucht den Einfluss einer randomisierten Kontrollgruppe auf die Interpretation der Wirksamkeit eines DMP bei Diabetes Typ 2. Der Laborwert HbA1c wurde als primärer Endpunkt für die Stoffwechselkontrolle verwendet.
Brandstätter et al., 2020	The attitude towards disease management programs in Austrian heart failure patients: a pilot study comparing rural and urban patients	Diese Pilotstudie untersuchte Unterschiede in Zugang von HF-Patientin zu DMPs zwischen einem ländlichen und einem städtischen Krankenhaus in Österreich.

ANHANG D: BEWERTUNGSRASTER ZUR INDIKATORENBEWERTUNG FÜR DIE EXPERTINNEN BZW. EXPERTEN

Bewertung des Indikators								
1.) Ist der Indikator für dieses Thema relevant? (1 = überhaupt nicht relevant, 9 = sehr relevant)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? (Wenn Nein, haben Sie Vorschläge für die Verbesserung der Verständlichkeit des Indikators?)							Ja	Nein
Vorschläge zur Verbesserung:								
3.) Ist der Indikator in der Praxis gut umsetzbar? (1 = überhaupt nicht praktikabel, 9 = sehr praktikabel)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Abschließende Anmerkungen:								

ANHANG E: MANUAL

E.1. EINLEITUNG

E.1.1. Allgemeine Erläuterungen

Dieses Handbuch ergänzt den Bericht zur Erstellung des Evaluationskonzepts und stellt im Wesentlichen die Durchführungsanleitung für die Evaluation dar, wie sie von den für die Evaluation letztlich Verantwortlichen schrittweise organisiert und abgearbeitet werden sollte. Es enthält alle organisatorischen und methodisch notwendigen Maßnahmen und leitet vollumfänglich durch die operative Umsetzung der Evaluation. Es ist in die wesentlichen Umsetzungsmaßnahmen gegliedert und beschreibt in logischer Abfolge alle notwendigen Schritte unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Zeitachsen für die unterschiedlichen zu erhebenden Indikatoren.

Das vorliegende Handbuch soll als eigenständiges Dokument funktionieren und die Durchführung der Evaluation ermöglichen. Es dient jedoch nicht unmittelbar dazu, alle fachlichen Überlegungen, die in der Empfehlung zur Evaluation vorkommen, bis ins letzte Detail nachvollziehen zu können. Dazu dient der Bericht zur Erstellung des Evaluationskonzepts, der die fachlichen Aspekte betrachtet und abwägt. Darum besteht das gesamte Konvolut zur Evaluation aus dem Bericht über die Erarbeitung der Empfehlungen zu den Maßnahmen und dem hiermit vorliegenden Manual zur operativen Umsetzung.

E.1.2. Auftragsklärung

Das CCIV wurde von der Trägerkonferenz mit der Erarbeitung eines praxisnahen Rahmenkonzepts für ein österreichweites einheitliches Disease-Management für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz beauftragt. Einzelne Teilbereiche des Rahmenkonzepts wurden durch externe Organisationen mit entsprechender Expertise erarbeitet. Das Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit – EPIG GmbH wurde mit dem Teilkonzept Evaluation beauftragt.

Ziel des Teilkonzepts Evaluation war es, konkrete, praxistaugliche, wissenschaftlich-fundierte und österreichspezifische Vorgaben, Empfehlungen und Instrumente zur Bewertung der Wirksamkeit eines nationalen Disease-Management-Programms ‚Chronische Herzinsuffizienz‘ im Regelbetrieb zu erarbeiten. Im Fokus sollte der Nutzen für Patientinnen bzw. Patienten liegen. Jedenfalls zu berücksichtigen waren medizinische, ökonomische und qualitätsbezogene (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) Parameter. Die Ergebnisse der Evaluation bilden die Grundlage für die Entscheidung über die Weiterführung des DMP und sollen zudem der Weiterentwicklung des Programms dienen. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit internationalen indikationsgleichen Versorgungsmodellen sollte dabei gewahrt bleiben.

Die besondere Herausforderung bei der Erarbeitung des Evaluationskonzepts bestand darin, dass dieses zeitgleich bzw. noch vor Beginn der meisten anderen Teilkonzepte (u.a. Fortbildung Gesundheitsberufe, Qualitäts- und Risikomanagement, zielgruppengerechte Ansprache bei Telemonitoring, Datenmanagement, Vergütungsmodell, Organisationsmanagement) zu entwickeln war und somit auf kein DMP mit bereits finalisiertem und konkretem Umsetzungsplan Bezug genommen werden konnte. Im Anwendungsfall kann es

demzufolge notwendig sein, einzelne Aspekte der Evaluation entsprechend den vorhandenen (regionalen) Rahmenbedingungen geringfügig anzupassen, zu präzisieren oder zu ergänzen. Zur Wahrung der Vergleichbarkeit der Evaluationsergebnisse sollten jedoch die wesentlichen Elemente des Evaluationskonzepts nicht verändert werden.

E.2. EVALUATIONSDESIGN

Die Messung der Wirksamkeit des nationalen Disease-Management-Programms ‚Chronische Herzinsuffizienz‘ erfolgt im Regelbetrieb und umfasst drei Teilevaluationen.



Formative Evaluation (FE)

Begleitende Evaluierung zur Optimierung der Prozesse und Rahmenbedingungen mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit des Eintretens der intendierten Wirksamkeit des DMP zu erhöhen.

Evaluationszeitraum: ein Jahr



Summative Evaluation (SE)

Bewertung der Wirksamkeit des DMP mehrere Jahre nach Einführung des DMP mit Maßnahmen zur Sicherstellung einer hohen internen Validität (Kausalität).

Evaluationszeitraum: mind. drei, idealerweise fünf Jahre



Gesundheitsökonomische Evaluation (GE)

Bewertung der finanziellen Auswirkungen des DMP aus Perspektive des Gesundheitssystems in Relation zu dessen Nutzen.

Evaluationszeitraum: mind. drei, idealerweise fünf Jahre

E.2.1. Formative Evaluation

Der Zweck der begleitenden Evaluation ist das frühzeitige Erkennen von Fehlentwicklungen, die den Programmerfolg gefährden könnten. Sie spielt insbesondere in der Implementierungsphase eine wichtige Rolle, dient jedoch auch nach erfolgreicher Programm-Implementation der laufenden Qualitätskontrolle.

Im Fokus stehen Prozesse, deren Optimierung durch das DMP angestrebt wird und bei denen unmittelbar nach Einführung des DMP messbare Änderungen zu erwarten sind. Zu den kurzfristigen Effekten zählen beispielsweise die Optimierung von Diagnostik und Therapie im Sinne einer leitlinienkonformen Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz sowie die Verbesserung im Selbstmanagement der Patientinnen bzw. Patienten durch Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen.

Im Vordergrund der begleitenden Evaluation steht die Praktikabilität. Sie ist als Kohortenstudie ohne Kontrollgruppenvergleich konzipiert und gibt aufgrund des schwachen Studiendesigns lediglich einen Hinweis auf die zu erwartende Wirksamkeit des DMP. Sie lässt jedoch keine Rückschlüsse zu, inwiefern die beobachteten Effekte in einem kausalen Sinne tatsächlich auf das DMP zurückzuführen sind.

E.2.2. Summative Evaluation

Die eigentliche Wirksamkeitsmessung erfolgt mit der summativen Evaluation. Aufgrund des mehrjährigen Evaluationszeitraums ist es möglich, mittel- und langfristige Effekte zu messen. Als Evaluationsdesign wird eine quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppenvergleich und Prä-Post-Design empfohlen. Bei diesem Studiendesign werden bekannte Störfaktoren kontrolliert und eliminiert, sodass angenommen werden kann, dass die beobachteten Effekte auch tatsächlich auf das DMP zurückzuführen sind. Da die gut gematchte Kontrollgruppe eine vergleichbare Zusammensetzung hinsichtlich persönlicher und krankheitsspezifischer Merkmale wie die Interventionsgruppe besitzt, treten messbare Effekunterschiede nur hinsichtlich der Unterschiede in der gesetzten Intervention zutage.

Im Fokus der summativen Evaluation steht die Ergebnisqualität (z.B. NYHA-Klasse, Lebensqualität, Mortalität) und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z.B. stationäre Aufenthalte). Sie zielt auf die Messung der Effekte der Maßnahmen ab und nicht auf eine Bewertung der Auswirkungen der Krankheit per se im Sinne einer Burden-of-Disease-Study.

E.2.3. Gesundheitsökonomische Evaluation

DMP für chronische Herzinsuffizienz wird – wie alle Interventionen des Gesundheitswesens – solidarisch finanziert und muss daher auch hinsichtlich des Ressourceneinsatzes (Effizienz) evaluiert werden. Als Verfahren zur Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation des DMP wird eine Kosten-Effektivitäts-Analyse mit dem ereignisfreien Überleben als Effektgröße empfohlen. Wie bei der summativen wird auch bei der gesundheitsökonomischen Evaluation eine quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppenvergleich und Prä-Post-Design empfohlen.

E.3. INDIKATOREN

Die Indikatoren der jeweiligen Teilevaluation finden sich nachstehend ausführlich beschrieben. Die Indikatordatenblätter mit der detaillierten Beschreibung sind im Anhang E.7. zu finden. Die angeführten Indikatoren sind als ein verbindlicher Mindestindikatorensatz zu verstehen, der jederzeit ergänzt werden kann. So kann es beispielsweise sinnvoll sein, Indikatoren der summativen Evaluation ergänzend in der formativen zu berücksichtigen, um zeitnah eine Einschätzung zu erhalten, in welche Richtung sich erwartete Effekte (z.B. Reduktion von stationären Aufenthalten, Verbesserung der Lebensqualität) entwickeln könnten. In weiterer Folge wurden noch weitere Indikatoren definiert, die noch optional ergänzt werden können. Für weitere adäquate Messgrößen zur Bewertung der Wirksamkeit von DMP wird auf den DISMEVAL Technical Report, mit methodischen Empfehlungen für die Evaluation von DMP im europäischen Kontext, verwiesen.²²

²² RAND Corporation (Hg.) (2012): Evaluating chronic disease management: Recommendations for funders and users. Technical Report. Prepared for the European Commission on behalf of the DISMEVAL Consortium, S. 84.



Formative Evaluation (FE)

Informationsindikator

- Patientencharakteristik

Strukturqualität (Input)

- Ärztliche Teilnahmequote

Prozessqualität

- Einschreibungsrate
- Jährliche Neueinschreibungen
- Ausstiege aus dem DMP
- Erreichung der Zielgruppe
- Schulungsaktivität
- Geschulte Patienten
- Leitlinien: Laborbestimmungen
- Leitlinien: ACE-Hemmer bzw. ARB und/oder Betablocker
- Leitlinien: Betablocker
- LVEF-Messungen im DMP



Summative Evaluation (SE)

Informationsindikator

- Patientencharakteristik

Ergebnisqualität (Outcome)

- Mortalität (Allgemein)
- Adverse Events
- Ereignisfreie Zeit
- Lebensqualität
- Verteilung der NYHA-Klassen
- Entwicklung der NYHA-Klassen
- Zufriedenheit der Gesundheitsdienstleister mit dem DMP
- Zufriedenheit der Patienten mit dem DMP

Output

- Extramurale Arztkontakte
- Spitalsambulante Kontakte
- Stationäre Aufenthalte
- Heilmittelverbrauch



Gesundheitsökonomische Evaluation (GE)

Informationsindikator

- Patientencharakteristik

Impact

- Direkte Versorgungskosten, gesamt
- Projekt- bzw. Programmkosten
- Kosten für ärztliche Leistungen im extramuralen Bereich
- Kosten für spitalsambulante Leistungen
- Kosten für stationäre Aufenthalte
- Kosten für Heilmittel
- Kosten für Transporte
- Inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation (ICER)

E.4. INTERVENTIONS UND KONTROLLGRUPPE

A	Interventions- und Kontrollgruppe		Evaluationstyp
A1	Identifikation der Interventionsgruppe	Alle Patienten, die sich seit Beginn des DMP eingeschrieben haben. Identifikation erfolgt aus der DMP-Basisdokumentation.	
A2	Bildung der Kontrollgruppe	Suche nach 'statistischen Zwillingen' zu jeder Person der Interventionsgruppe mittels Propensity Score Matching (PSM) und Exact Matching.	

A1 – Identifikation der Interventionsgruppe

Die Personen der Interventionsgruppe sind aus der DMP-Basisdokumentation zu identifizieren. Diese sollte für jede Einrichtung, die das Einschreiben in das DMP für chronische Herzinsuffizienz anbietet, verpflichtend durchzuführen sein und in regelmäßigen zeitlichen Abständen (z.B. vierteljährlich) an ein DMP-Data-Warehouse (DMP-DWH) zur zentralen, qualitätsgesicherten Archivierung der Daten übermittelt werden.²³

A2 – Bildung der Kontrollgruppe

Potenzielle Kandidatinnen bzw. Kandidaten für die Kontrollgruppe sind alle Versicherten, die bis zum Ende des Evaluationszeitraums in keinem DMP für chronische Herzinsuffizienz eingeschrieben waren („Nicht-DMP-Teilnehmerin bzw. -Teilnehmer“).

Die Identifikation der „statistischen Zwillinge“ sollte über eine Kombination aus Propensity Score Matching (PSM) und Exact Matching erfolgen. Als Grundlage dienen die routinemäßig erhobenen Daten des in- und extramuralen Versorgungsbereichs für den Zeitraum von zumindest 12 Monaten, idealerweise jedoch bis ca. 48 Monaten vor der möglichen Einschreibung in das DMP.

Zunächst ist für jede Person der Interventionsgruppe und jede Person der Gruppe der Nicht-DMP-Teilnehmerin bzw. -Teilnehmer ein individueller Propensity Score zu berechnen, der in diesem Zusammenhang als individuelle Wahrscheinlichkeit der Teilnahme am DMP definiert ist. Zur Schätzung der individuellen Propensity Scores wird die Probit-Regression empfohlen, sofern die Fallzahl mindestens $n = 100$ beträgt. Bei geringeren Fallzahlen sollte die logistische Regression herangezogen werden. Als abhängige Variable ist eine potenzielle Einschreibung in das DMP für CHI im Folgejahr zu verwenden. Bei der Schätzung der individuellen Teilnahmewahrscheinlichkeit gilt es, alle beobachteten Merkmale zu erfassen, die simultan für die Teilnahme am DMP und die interessierenden Zielparameter relevant sind. Nach Möglichkeit sollten daher zumindest nachfolgende unabhängige Variablen Verwendung finden:

- Anzahl der e-Card-Steckungen (Arztkontakte) nach Fachgruppen,
- Anzahl der stationären Aufenthalte (ohne 0-Tagesfälle und Tagesklinik),
- Dauer der stationären Aufenthalte in Tagen (ohne 0-Tagesfälle),
- Anzahl der spitalsambulanten Erstkontakte,
- Vorliegen einer stationären Hauptdiagnose nach ICD-Gruppen (dichotome Variable mit Ausprägungen „ja“ und „nein“),
- Anzahl in Apotheken eingelöster Arzneimittel-Rezepte,
- Vorliegen eines in Apotheken eingelösten Arzneimittels nach therapeutischen Hauptgruppen gemäß ATC-Code (dichotome Variable mit Ausprägungen „ja“ und „nein“),
- Soziodemographische Merkmale (z.B. Bundesland, Erwerbsstatus),
- Rezeptgebührenbefreiung (dichotome Variable mit Ausprägungen „ja“ und „nein“).

²³ Für nähere Informationen zur Erhebung und Verwaltung von Daten im Rahmen des DMP wird auf das Teilkonzept Datenmanagement verwiesen.

Nach Schätzung der Propensity Scores erfolgt der eigentliche Matching-Prozess. Dabei wird zu jeder Person der Interventionsgruppe anhand der individuell geschätzten Teilnahme-wahrscheinlichkeit in Subgruppen nach statistischen Zwillingen gesucht, die keine DMP-Teilnehmerinnen bzw. -Teilnehmer sind, aber dennoch einen möglichst ähnlichen Propensity Score aufweisen. Zur Erhöhung der Power sollte ein Verhältnis von DMP-Teilnehmerinnen bzw. -Teilnehmern zu Nicht-DMP-Teilnehmerinnen bzw. -Teilnehmern von 1:N mit $N > 1$ angestrebt werden.

Die Subgruppen ergeben sich aus Merkmalen, die exakt ausgeglichen werden sollten, da zu erwarten ist, dass sie in einem starken Zusammenhang mit den Zielparametern stehen (Exact Matching):

- Alter²⁴
- Geschlecht
- Vorliegen mindestens einer CHI-Diagnose vor Einschreibung (ICD-10-Code „I50“ bzw. ICPC-2-Code „K77“)

Es gibt verschiedene Matching-Algorithmen zur Auswahl der statistischen Zwillinge. Zur Reduktion der Sensitivität der Effektschätzung gegenüber dem verwendeten Algorithmus wird der Einsatz von zwei Verfahren empfohlen: ‚Nearest-Neighbour-Verfahren‘ und ‚Radius-Matching‘. Zur Reduktion des Risikos von ‚schlechten‘ Matches sollte ein Toleranzlevel (maximal tolerierte Abweichung ‚caliper‘) festgelegt werden.²⁵ Für die Wahl des ‚optimalen‘ Calipers gibt es keine Richtlinien, weshalb dieser entsprechend der verfügbaren Fallzahlen und Datenlage zu wählen ist. Dabei gilt es, folgenden Grundsatz zu beachten: je größer die Zahl der Personen in der Kontrollgruppe, desto präziser ist die Schätzung durch geringere Varianz der Schätzer, aber umso größer ist der Bias aufgrund der Berücksichtigung von ‚schlechten‘ Matches.

Im letzten Schritt ist die ‚Güte des Matchings‘ zu prüfen. Der Algorithmus, der am besten in der Lage ist, die zuvor genannten Merkmale zwischen Interventions- und Kontrollgruppe auszugleichen (‚Balancing Property‘), weist die höchste Qualität auf. Zur Bewertung der Matching-Güte können beispielsweise zweiseitige T-Tests durchgeführt werden, um zu prüfen, ob die Balance der Merkmale zwischen den beiden Gruppen nach dem Matching besser ist als davor.

Nach erfolgreicher Kontrollgruppenbildung kann mit der Auswertung der Zielparameter fortgefahren werden. Siehe dazu E.6. Datenanalyse.

²⁴ idealerweise in Einzeljahren, alternativ in Fünf-Jahres-Schritten (abhängig von den Fallzahlen)

²⁵ Austin, Peter C. (2011). An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. In: Multivariate behavioral research 46 (3), S. 399–424. DOI: 10.1080/00273171.2011.568786.

E.5. DATENMANAGEMENT

B	Datenmanagement	Evaluationstyp	
B1	Verteilung des EQ-5D, Instruktion zur Handhabung und Erhebung der Lebensqualität	Es erfolgt die Bereitstellung des Erhebungsformulars für teilnehmende Ärzte und die Einschulung in die richtige Handhabung. Jährliche Erhebung der Lebensqualität, beginnend mit der Einschreibung ins DMP-Muster, siehe dazu Anhang.	
B2	Erhebung der Zufriedenheit der Gesundheitsdienstleister mit dem DMP	Fokusgruppen-Interviews mit vier bis sechs Teilnehmern pro Gruppe ein, drei und fünf Jahre nach dem Start des DMP durch den Programmverantwortlichen	
B3	Erhebung der Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten mit dem DMP	Persönliche leitfadengestützte Interviews mit freiwilligen Pateinten aus dem DMP mit anschließender Inhaltsanalyse ein, drei und fünf Jahre nach dem Start des DMP durch den Programmverantwortlichen	
B4	Aufbau und Umsetzung der DMP-Basisdokumentation	Elektronische (softwaregestützte) Erhebung der Basisdaten je Patient bei Einschluss ins DMP und in der Folge zumindest jährliche Aktualisierung (z. B. NYHA-Klasse)	
B5	Sicherstellung der elektronischen Verfügbarkeit qualitätsgesicherter medizinischer Daten und deren Verknüpfbarkeit mit Verrechnungsdaten	Regelmäßiges Monitoring der Datenqualität	
B6	Anforderung von Routinedaten für retrospektiven Kontrollgruppenvergleich	Datenspezifikation, siehe dazu Anhang E.7.3	
B7	Intersektorale Verknüpfung der Routinedaten unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen	Prozessschritte zu den Datentransfers und der Datenverknüpfung	

B1 – Verteilung des EQ-5D und Instruktion zur Handhabung

Für die Nutzung im DMP ist der EQ-5D käuflich zu erwerben. In der Folge ist er den teilnehmenden Ärztinnen bzw. Ärzten im Zuge der allgemeinen Instruktionen bereitzustellen. Eine Einschulung zur Sicherstellung der sachgemäßen Verwendung des Fragebogens sollte zur Erhebung der Lebensqualität der Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz erfolgen. Die Lebensqualität ist mittels EQ-5D bei jeder Patientin bzw. jedem Patienten erstmalig zum Zeitpunkt des Einschreibens in das DMP und in weiterer Folge jährlich zu erheben. Ergänzend kann ein krankheitsspezifischer Fragebogen herangezogen werden (z.B. Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire – KCCQ).

B2 – Erhebung der Zufriedenheit der Gesundheitsdienstleister mit dem DMP

Die Zufriedenheit der Gesundheitsdienstleisterinnen bzw. -dienstleister sollte mittels Fokusgruppen-Interviews in den Dimensionen nach DeLone and McLean erfolgen. Eine Fokusgruppe besteht aus vier bis sechs Gesundheitsdienstleisterinnen bzw. -dienstleistern, aus einer Moderatorin bzw. einem Moderator und einer weiteren Person, die die Ergebnisse der Fokusgruppe sicherstellt. Das Protokoll des Fokusgruppeninterviews soll des Weiteren inhaltsanalytisch ausgewertet werden. Diese Interviews sollen ein Jahr, drei Jahre und fünf Jahre nach Start des DMP erfolgen.

B3 – Erhebung der Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten mit dem DMP

Die Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten soll mit leitfadengestützten persönlichen Interviews in den Dimensionen nach DeLone and McLean erhoben werden. Das Protokoll der Interviews soll inhaltsanalytisch ausgewertet werden. Diese Interviews sollen ein Jahr, drei Jahre und fünf Jahre nach Start des DMP erfolgen.

B4 – Aufbau und Umsetzung der DMP-Basisdokumentation

Alle relevanten Informationen zu den am DMP teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten sollten über ein standardisiertes, softwaregestütztes Dokumentationssystem (in weiterer Folge ‚DMP-Basisdokumentation‘) erhoben werden, das idealerweise von allen beteiligten Einrichtungen und Akteurinnen bzw. Akteuren verwendet wird. Die DMP-Basisdokumentation soll grundsätzlich in zwei getrennte Datenbanksysteme (administrative und medizinische Daten) strukturiert werden und folgende Datenbereiche umfassen:

- DMP-administrative Datensätze
 - Stammdaten je Patientin bzw. Patient (z.B. Alter, Geschlecht, Wohnregion, SVNR, DMP-Einschreibedatum, Austrittsdatum und -grund)
 - Strukturdaten der beteiligten Einrichtungen, Akteurinnen bzw. Akteure (z.B. Bezeichnung und Einrichtungsart, Verortung, am DMP beteiligtes Personal je Berufsgruppe)
- DMP-medizinische Datensätze
 - Verlaufsdokumentation je Patientin bzw. Patient (z.B. NYHA-Klasse und Erhebungsdatum, Adverse Events)
 - Verordnete Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel
 - Im Rahmen des DMP durchgeführte (medizinische) Einzelleistungen

Die einrichtungsbezogene DMP-Basisdokumentation sollte zu definierten Zeitpunkten (z.B. quartalsweise) über eine verschlüsselte Verbindung mittels standardisiertem Datenprotokoll an eine zentrale Datenverwaltungsstelle (in weiterer Folge ‚DMP-Data-Warehouse‘) übermittelt werden. Das DMP-Data-Warehouse bildet die übergeordnete Informations- und Datenmanagementstelle, die auch für die Einhaltung der Dokumentationsstandards und kontinuierliche Prüfung der Datenqualität zuständig ist.

Im Rahmen des Einschreibeprozesses ist das Einholen der Einverständniserklärungen erforderlich, um alle datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) zu berücksichtigen. Darin sollte die Zustimmung zur

Datenerfassung in Bezug auf die DMP-Basisdokumentation und der sektorenübergreifenden Datenverknüpfung im Evaluationsprozess abgeklärt werden.

B5 – Sicherstellung der elektronischen Verfügbarkeit qualitätsgesicherter medizinischer Daten und deren Verknüpfbarkeit mit anderen Routinedaten des Gesundheitswesens

Im zentralen DMP-Data-Warehouse sollten die einrichtungsspezifischen DMP-Basisdokumentationen (Einzeldatensätze) in regelmäßigen Abständen zu einem Gesamtdatensatz zusammengeführt werden. Im Zuge des Datenimports und der Aufbereitung sind softwaregestützte Datenprüfungs- und Plausibilisierungsprozesse durchzuführen, um eine hohe Datenqualität gewährleisten zu können. Von besonderer Relevanz ist die Sicherstellung der eindeutigen Identifizierbarkeit von den am DMP teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten in anderen routinemäßig erhobenen Daten des Gesundheitswesens. Die eindeutige Identifizierung kann z.B. über die Sozialversicherungsnummer (SVNR) der Patientinnen bzw. Patienten erfolgen. Dazu sollen ausgewählte Parameter der auf der vorherigen Seite unter B4 beschriebenen Patientinnen- bzw. Patienten-Stammdaten an die Pseudonymisierungsstelle des Dachverbandes der Sozialversicherung (DVSV) weitergeleitet werden.

B6 – Anforderung von Routinedaten für retrospektiven Kontrollgruppenvergleich

Für die Berechnung der Indikatoren im Rahmen des Kontrollgruppenvergleichs sollen neben den Datensätzen der DMP-Basisdokumentation auch die routinemäßig erhobenen Datensätze des Gesundheitssystems berücksichtigt werden. Folgende Datensätze sind dazu beim jeweiligen Datenhalter anzufordern:

- Folgekostendatensätze zu e-card-Konsultationen, Einzelleistungen inklusive Kostendaten der Sozialversicherung,
- Folgekostendatensätze zu eingelösten Heil- und Hilfsmitteln sowie Heilbehelfen inklusive Kosten der Sozialversicherung,
- Folgekostendatensätze zu Krankentransporten inklusive Transportkosten der Sozialversicherung,
- Krankenanstalten-Dokumentation (KDok) im XMBDS-Format zu stationären Aufenthalten und spitalsambulant Besuchen der Landesgesundheitsfonds bzw. dem BMSGPK.

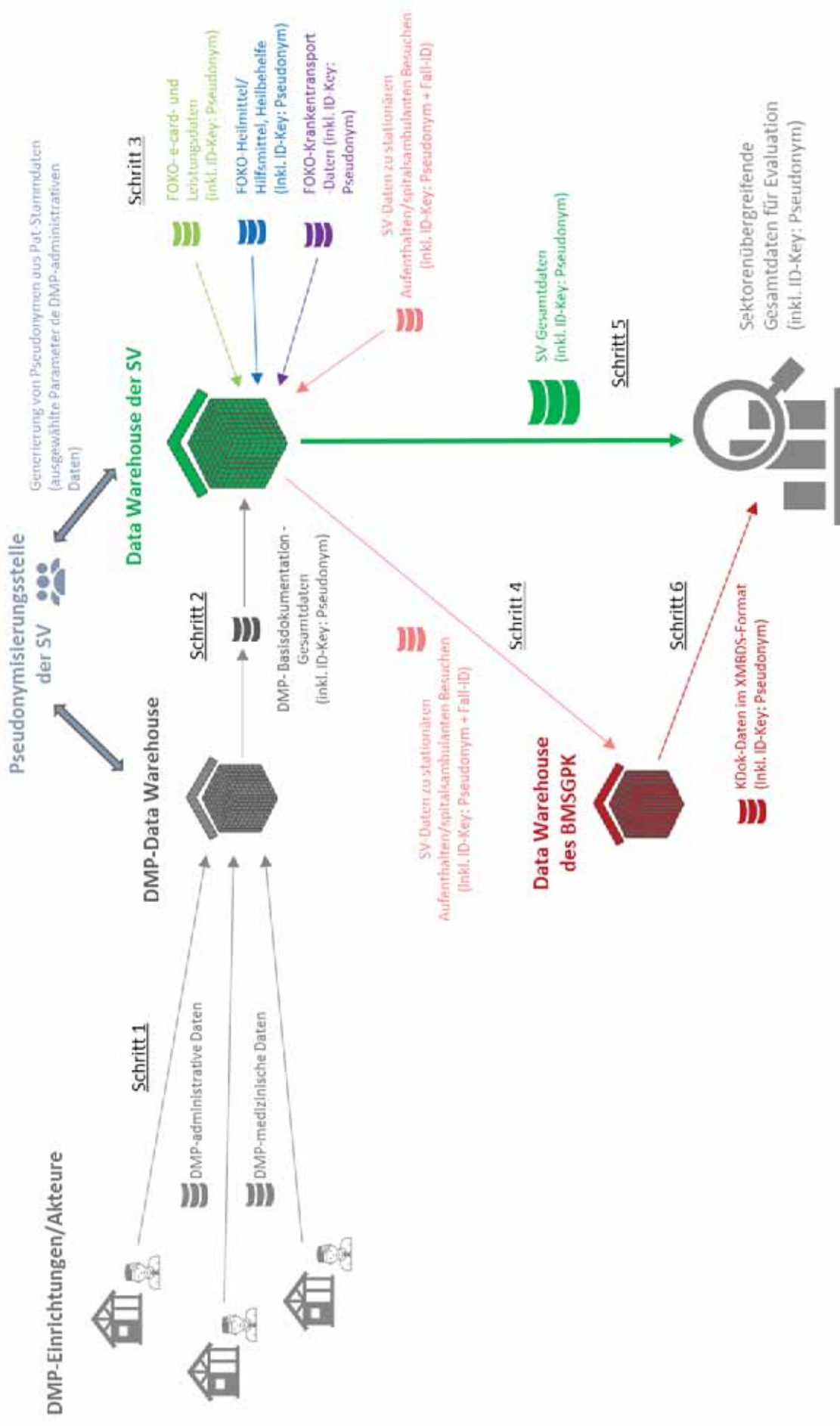
Im Zuge des Abstimmungsprozesses ist die Einholung der Einverständniserklärung über die Datenbereitstellung und -verarbeitung aller Datenhalter (alle Sozialversicherungsträger, Landesgesundheitsfonds, BMSGPK) erforderlich. Zudem muss sichergestellt werden, dass die Einzeldatensätze über einen eindeutigen Identifikationsschlüssel verknüpft werden können. Der Prozess zur intersektoralen Verknüpfung aller Daten wird im nachfolgenden Abschnitt beschrieben.

Alle Daten sind grundsätzlich für den Evaluations- und den abgestimmten Zeitraum vor dem Evaluationsbeginn für die Kontrollgruppenbildung anzufordern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die benötigten Daten jeweils spätestens zum 30. April des Folgejahres vollständig und in qualitätsgesicherter Form zur Verfügung stehen.

B7 – Intersektorale Verknüpfung der Routinedaten unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Nachfolgend wird der Prozess des Datentransfers und der intersektoralen Verknüpfung (DMP-Basisdokumentation und routinemäßig erhobenen Daten des Gesundheitssystems) schrittweise beschrieben und grafisch dargestellt.

- Schritt 1: Alle am DMP teilnehmenden Einrichtungen und Akteurinnen bzw. Akteure übermitteln in regelmäßigen Abständen die einrichtungsspezifische DMP-Basisdokumentation an das DMP-Data-Warehouse (getrennte Übermittlung der administrativen und der medizinischen DMP-Daten). Zur eindeutigen Identifikation der im DMP betreuten Patientinnen bzw. Patienten je Einrichtung/Akteurin/Akteur werden ausgewählte Parameter (SVNR) der administrativen DMP-Daten an die Pseudonymisierungsstelle der SV übermittelt. Diese generiert nicht auf Einzelpersonen rückführbare Pseudonyme und übermittelt diese an das DMP-Data-Warehouse und das Data-Warehouse der SV (ID-Key ist das jeweilige Pseudonym).
- Schritt 2: Im DMP-Data-Warehouse werden alle einrichtungsbezogenen DMP-Basisdokumentationen zu einem Gesamtdatensatz zusammengeführt. Anschließend erfolgen die Datenqualitätsprüfungen und die Datenverarbeitungsprozesse zur Weiterleitung ausgewählter Parameter an das Data-Warehouse der Sozialversicherung (SV).
- Schritt 3: Im Data-Warehouse der SV erfolgt die Verknüpfung mit den routinemäßig erhobenen FOKO-Datensätzen und den Datensätzen der SV zu stationären Aufenthalten sowie spitalsambulant Besuchen. Die einzelnen Datensätze enthalten jeweils die Pseudonyme der Patientinnen bzw. Patienten, die ebenfalls vor dem Import in das Data-Warehouse der SV durch die Pseudonymisierungsstelle zur Verfügung gestellt werden. Alle Datensätze enthalten nun als jeweiligen Verknüpfungsschlüssel den ID-Key-Pseudonym und können über diesen zu einem SV-Gesamtdatensatz, der alle Datenparameter der SV für die Evaluation enthält, zusammengeführt werden.
- Schritt 4: Da die Datensätze der SV zu stationären Aufenthalten und spitalsambulant Besuchen nicht alle für die Evaluation benötigten Parameter enthalten (z.B. Zusatzdiagnosen, LKF-Scoring-Parameter, behandelnde Fachbereiche) übermittelt das Data-Warehouse der SV in diesem Schritt die Basisdaten der SV inklusive der Pseudonyme und dem eindeutigen Identifikationsschlüssel für Fälle in den KDok-Datensätzen (Fall-ID, bestehend aus Krankenanstaltennummer (KANR), Aufnahme-nummer (AUFNR) und Aufnahmedatum (AUFDAT)) an das Data-Warehouse des BMSGPK. Dieses kann anschließend die für die Evaluation benötigten Parameter aus den KDok-Daten extrahieren.
- Schritt 5: Das Data-Warehouse der SV übermittelt der mit der Evaluation beauftragten Einrichtung die intersektoral verknüpften Gesamtdaten der SV inklusive der Pseudonyme als ID-Key. Diese pseudonymisierten Datensätze erlauben somit keine Identifikation von Einzelpersonen und können für die Analysen im Rahmen der summarischen und gesundheitsökonomischen Evaluation verarbeitet werden.
- Schritt 6: Das Data-Warehouse des BMSGPK übermittelt der mit der Evaluation beauftragten Einrichtung die Detaildaten zu stationären Aufenthalten und spitalsambulant Besuchen inklusive der Pseudonyme als ID-Key. Diese können über die Pseudonyme nun auch mit den SV-Gesamtdaten für die Evaluation zusammengeführt werden.



Schematische Darstellung der Datentransfers und der intersektoralen Datenverknüpfung für die Evaluation

E.6. DATENANALYSE

C	Datenanalyse		Evaluations- typ
C1	Formative Evaluation	Kohortenstudie ohne Kontrollgruppenvergleich mit Kalenderjahr-Auswertungen sowie Quer- und Längsschnittauswertungen nach Teilnahmejahren. Indikatordatenblätter dazu siehe Anhang.	
C2	Summative Evaluation	Quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppenvergleich mit statistischer Bewertung der Gruppenunterschiede. Auswertung nach Dauer der Teilnahme. Indikatordatenblätter dazu siehe Anhang.	
C3	Gesundheitsökonomische Evaluation	Quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppenvergleich mit statistischer Bewertung von Gruppenunterschieden. Auswertung nach Dauer der Teilnahme. Kosten-Effektivitäts-Analyse zur Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation aus Perspektive des Gesundheitswesens. Indikatordatenblätter dazu siehe Anhang.	

Mindestfallzahl-Empfehlung

Es wird empfohlen, auf eine Ergebnisdarstellung zu verzichten, wenn die Fallzahl unter 50 liegt. Diese Mindestfallzahl-Empfehlung soll vermeiden, dass Rückschlüsse auf einzelne Patientinnen bzw. Patienten gezogen werden können und dient damit dem Einhalten von datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Zudem soll dadurch das Risiko reduziert werden, dass durch Ausreißer verzerrte Ergebnisse dargestellt werden, die nicht den realen Gegebenheiten entsprechen.

Ergebnisse, die als reine Absolutzahlen ausgewiesen werden, sind von der Mindestfallzahl-Empfehlung ausgenommen.

Beschreibung der Patientinnen- bzw. Patientencharakteristik

Jede Teilevaluation sollte eine allgemeine deskriptive Beschreibung der Charakteristik der Patientinnen bzw. Patienten beinhalten, die in die Evaluation einbezogen wurden. Diese sollte jedenfalls die Alters- und Geschlechtsverteilung umfassen und gegebenenfalls auch einen geografischen Bezug (z.B. Bundesland) berücksichtigen. Es wird empfohlen, diese Auswertungen nach den Zielgruppen differenziert durchzuführen, wie sie im medizinischen Rahmenkonzept definiert sind.²⁶

²⁶ CCIV (2019 unveröffentlicht). Integrierte Versorgung bei chronischer Herzinsuffizienz – ein Disease-Management-Ansatz. Medizinisches Rahmenkonzept. Wien.

C1 – Formative Evaluation

Eine Kohortenstudie ohne Kontrollgruppenvergleich mit Vollerhebung wird empfohlen. Es sind daher alle Patientinnen bzw. Patienten in die Evaluation einzubeziehen, die sich seit Einführung des DMP bis zum Ende des Evaluationszeitraums in das Programm eingeschrieben haben.

Für jede Patientin bzw. jeden Patienten ist ein individueller Beobachtungszeitraum zu berechnen, der mit dem Datum des Einschreibens beginnt und mit jenem des Programmaustritts bzw. spätestens mit Ende des Evaluationszeitraums endet. Die Patientinnen bzw. Patienten werden anhand ihres Einschreibedatums einer Eintrittskohorte zugeordnet. Neu eingeschriebene Patientinnen bzw. Patienten sind dabei zu Jahres-Kohorten zusammenzufassen, sodass das x-te Teilnahmehjahr in unterschiedliche Kalenderjahre fällt.

Es kommen drei Auswertungstypen zur Anwendung: Kalenderjahr-, Querschnitts- und Längsschnittauswertung. Auswertungstyp und die detaillierte Berechnungsmethode für jeden Indikator sind dem zugehörigen Indikatordatenblatt im Anhang zu entnehmen.

Bei Kalenderjahr-Auswertungen werden mit zunehmender Aktualität des Kalenderjahres mehr Kohorten in die Auswertung einbezogen, wodurch die Fallzahlen über die Zeit zunehmen.

Bei Querschnittsauswertungen sind alle Fälle aus allen Kohorten zu berücksichtigen. Es wird nach Teilnahmedauer (in der Regel Teilnahmehjahre oder -halbjahre) ausgewertet. Die Fallzahlen nehmen daher über die Zeit ab, da aus frühen Kohorten Personen ausscheiden und späte bzw. neue Kohorten noch keine lange Laufzeit aufweisen. Die Querschnittsbetrachtungen sollten im Sinne einer Trendstudie umgesetzt werden, sodass Erkenntnisse über die Entwicklung der Zielparameter auf Aggregatebene gewonnen werden können.

Zusätzlich können Längsschnittbetrachtungen erfolgen, um Erkenntnisse über Veränderungen der Zielparameter auf Individualebene zu gewinnen. Dabei müssen frühe Kohorten ausgewählt und fixiert werden. Im Gegensatz zur Quer- bleiben bei der Längsschnittauswertung die Patientinnen bzw. Patienten und die Fallzahlen über die Zeit konstant. Auch hier erfolgt die Auswertung nach Teilnahmedauer, wobei nur jene Teilnahmehjahre bzw. Teilnahmehalbjahre in der Analyse berücksichtigt werden, die für die ausgewählten frühen Kohorten vorliegen.

C2 – Summative Evaluation

Eine quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppenvergleich und Prä-Post-Design wird empfohlen. Die Interventionsgruppe bilden Patientinnen bzw. Patienten, die zumindest drei (bzw. bis zu fünf, je nach gewähltem Beobachtungszeitraum) Jahre vor Ende des Evaluationszeitraums in das DMP für CHI eingeschrieben wurden, um einen individuellen Beobachtungszeitraum von drei (bzw. bis zu fünf) Jahren zu gewährleisten. Zu jeder Person der Interventionsgruppe sind aus Routinedaten des Gesundheitssystems statistische Zwillinge zu identifizieren, die keine DM-Teilnehmerinnen bzw. -Teilnehmer sind. Das Bilden der Kontrollgruppenbildung ist detailliert in E.4. Interventions- und Kontrollgruppe beschrieben.

Die Indikatoren werden relativ zum Einschreibedatum und somit in Abhängigkeit der Dauer der Teilnahme berechnet. Den statistischen Zwillingen wird dabei das Datum ihres Partners aus der Interventionsgruppe zugeordnet. Bei einem Evaluationszeitraum von drei Jahren werden die ersten drei Teilnahmejahre jeder Person in die Analysen einbezogen. Der individuelle Beobachtungszeitraum kann weniger als drei Jahre betragen, wenn die Person vorzeitig aus dem DMP ausgeschieden ist (z.B. Sterbefall oder Ausstieg aus dem Programm).

Die Zielparameter werden mit deskriptiven Methoden der Statistik ausgewertet (siehe dazu Indikatordatenblätter im Anhang). Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe sind mithilfe von statistischen Hypothesentests auf Signifikanz zu prüfen. Für binäre Variablen eignet sich hierfür beispielsweise der Chi-Quadrat- und für stetige Variablen der Mann-Whitney-U-Test.

Die detaillierte Berechnungsmethode für den jeweiligen Indikator ist den Indikatordatenblättern im Anhang E.7. zu entnehmen.

C3 – Gesundheitsökonomische Evaluation

Die Durchführung der gesundheitsökonomischen Evaluation erfolgt nach dem gleichen Prozedere wie es bereits in C2 – Summative Evaluation beschrieben wurde.

Die einzelnen Kostenparameter sollten – wie die Parameter zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei der summativen Evaluation – im zeitlichen Verlauf untersucht werden. Als Verfahren zur Bewertung der Kosten-Nutzen-Relation wird eine Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA) unter Einbeziehung des ‚ereignisfreien Überlebens‘ als Effektgröße empfohlen. Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Ratio für ‚Versorgung im DMP‘ gegenüber ‚Versorgung nicht im DMP‘ ist somit als Kostensteigerung/-reduktion von X Euro pro gewonnenem/verlorenem ereignisfreien Lebensjahr zu interpretieren.

Sensitivitätsanalyse

Bei der summativen und der gesundheitsökonomischen Evaluation wird im Anschluss an die Schätzung der Effekte des DMP die Durchführung einer Sensitivitätsanalyse auf Basis von Rosenbaum Bounds²⁷ und des Hodges-Lehmann-Punktschätzers²⁸ empfohlen. Die Modellierung von Fehlerszenarien der Überprüfung der Robustheit der gemessenen Effekte. Dies ist erforderlich, da trotz der Berücksichtigung von zahlreichen beobachteten Merkmalen im Matching-Verfahren nicht ausgeschlossen werden kann, dass die gemessenen Effekte nicht doch durch unbeobachtete Konfundierungsfaktoren verzerrt wurden.

²⁷ Rosenbaum, P. R. (2002). *Observational studies*. New York: Springer (2. Aufl.); DiPrete, T. A., & Gangl, M. (2004). Assessing bias in the estimation of causal effects: Rosenbaum bounds on matching estimators and instrumental variables estimation with imperfect instruments. *Sociological Methodology*, 34 (1), 271-310.

²⁸ Rosenbaum, P.R. (1993). Hodges-Lehmann point estimates of treatment effect in observational studies. *Journal of the American Statistical Association*, 88 (424), 1250-1253.

E.7. ANHANG

E.7.1. Indikatordatenblätter

ID_1	Patientencharakteristik
Beschreibung	Altersverteilung und Geschlechtsverteilung der Patienten, differenziert nach Zielgruppen
Zähler	Anzahl der eingeschriebenen Patienten in das DMP im gesamten Evaluationszeitraum nach Geschlecht und Fünf-Jahres-Altersgruppen
Nenner	<i>nicht vorhanden</i>
Zugrundeliegende Fragestellung	Welche Patienten werden erreicht?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Informationsindikator
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Deskriptive Statistik: nach Fünf-Jahres-Altersgruppen, Geschlecht und Regionen, differenziert nach Zielgruppen (siehe medizinisches Rahmenkonzept): Gruppe 1: hospitalisierte Patienten Gruppe 2: Patienten im niedergelassenen Bereich mit einem hohen Risiko für ein Event, v.a. Hospitalisierung und Tod Gruppe 3: Patienten am Lebensende Gruppe 4: Patienten in einem frühen Stadium mit geringem Schweregrad bzw. niedrigem Risiko
Visualisierung	Balkendiagramm und/oder Boxplot
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative, summative, gesundheitsökonomische Evaluation

ID_2	Ärztliche Teilnahmequote
Beschreibung	Anteil der Ärzte, die zum Stichtag 31.12. des betrachteten Jahres am DMP teilnehmen, gemessen an allen Ärzten
Zähler	Anzahl der am DMP teilnehmenden Ärzte zum Stichtag 31.12. des betrachteten Jahres
Nenner	Anzahl aller Ärzte zum Stichtag 31.12. des betrachteten Jahres
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie entwickelt sich das entsprechende Versorgungsangebot im Zeitverlauf?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Strukturqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Fachbereichen und Regionen, in-/extramural (optional)
Visualisierung	Tabellarische Darstellung, Liniendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_3	Eingeschriebene Patienten
Beschreibung	Anzahl der aktiv eingeschriebenen Patienten mit CHI (abzüglich Austritte und Mortalität) in das DMP jeweils zum 31.12. eines Jahres
Zähler	Anzahl der aktiv eingeschriebenen Patienten mit CHI (abzüglich Austritte und Mortalität) in das DMP zum Stichtag 31.12.
Nenner	<i>nicht vorhanden</i>
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie entwickelt sich die Nutzung des Angebots im Zeitverlauf?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen
Visualisierung	Liniendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_4	Erreichung der Zielgruppe
Beschreibung	Darstellung des Erreichungsgrads des DMP bezogen auf alle Patienten mit CHI gemäß geschätzter Prävalenz
Zähler	Anzahl der aktiv eingeschriebenen Patienten mit CHI (abzüglich Austritte und Mortalität) in das DMP zum Stichtag 31.12.
Nenner	Geschätzte Prävalenz von Patienten mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie entwickelt sich die Nutzung des Angebots im Zeitverlauf zielgruppenspezifisch?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen Querschnittauswertung (optional): Anzahl der aktiv eingeschriebenen Patienten mit CHI (abzüglich Austritte und Mortalität) in das DMP zum Stichtag 31.12., bezogen auf 10.000 Einwohner je Region (alters- und geschlechtsstandardisiert); Visualisierung: Landkarte
Visualisierung	Liniendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_5	Jährliche Neueinschreibungen
Beschreibung	Anzahl der Neueinschreibungen der Patienten mit CHI in das DMP im Zeitraum von 12 Monaten
Zähler	Anzahl neu eingeschriebener Patienten pro Kalenderjahr
Nenner	<i>nicht vorhanden</i>
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie entwickelt sich die Nutzung des Angebots im Zeitverlauf zielgruppenspezifisch?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen
Visualisierung	Liniendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_6	Ausstiege aus dem DMP
Beschreibung	Anzahl der Patienten, die im Zeitraum von 12 Monaten aus dem DMP ausgestiegen sind (nicht durch Mortalität bedingt).
Zähler	Anzahl der Patienten, die im Zeitraum von 12 Monaten aus dem DMP ausgestiegen sind (nicht durch Mortalität bedingt)
Nenner	<i>nicht vorhanden</i>
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie entwickelt sich die Nutzung des Angebots im Zeitverlauf zielgruppenspezifisch?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen Optionale Zusatzauswertung: Anzahl der Patienten, die im Zeitraum von 12 Monaten aus dem DMP ausgestiegen sind (nicht durch Mortalität bedingt), bezogen auf die Anzahl der aktiv eingeschriebenen Patienten zum Stichtag 31.12. des vorangegangenen Kalenderjahres; Visualisierung: Balkendiagramm
Visualisierung	Liniendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_7	Schulungsaktivitäten
Beschreibung	Anzahl der durchgeführten DMP-spezifischen Patientenschulungen im Kalenderjahr
Zähler	Anzahl aller DMP-spezifischen Patientenschulungen im Kalenderjahr
Nenner	Anzahl am DMP teilnehmender Einrichtungen (Jahresmittelwert)
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie entwickelt sich das Angebot im Zeitverlauf?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen Gesamtanzahl je Region und Berechnung von allgemeinen und zentralen Lagemaßen sowie Streuungsmaßen für Verteilung nach Einrichtungen.
Visualisierung	Liniendiagramm und Boxplot-Darstellung.
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_8	Geschulte Patienten
Beschreibung	Anteil der ins DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, die eine Schulung im Rahmen des DMP-spezifischen Schulungsprogramms absolviert haben
Zähler	Anzahl der ins DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, die eine Schulung im Rahmen des DMP-spezifischen Schulungsprogramms absolviert haben
Nenner	Anzahl der ins DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie entwickelt sich das Angebot im Zeitverlauf?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kumulierte Darstellung nach Teilnahmejahren zu allen in das DMP eingeschriebenen Patienten seit Einführung des DMP: nach Regionen
Visualisierung	Liniendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_9	Leitlinien: Laborbestimmungen
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, bei denen zumindest halbjährlich wichtige Laborbefunde (eGFR und Serumelektrolyte) erhoben wurden.
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit entsprechenden halbjährlichen Laborbestimmungen
Nenner	Anzahl aller in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Werden die Leitlinien eingehalten?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen
Visualisierung	Balkendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_10	Leitlinien: ACE-Hemmer oder ARB und Betablocker
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI und reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) ohne Kontraindikation für Betablocker, die mit einer Kombination von einem ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker behandelt werden.
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit HFrEF, die mit einer Kombination aus ACE-Hemmer oder ARB und Betablocker therapiert werden
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit HFrEF
Zugrundeliegende Fragestellung	Leitlinienkonformität: Werden die Patienten mit CHI laut Leitlinienempfehlung therapiert?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Querschnittsauswertung nach Teilnahmejahren Optionale Zusatzauswertung: Kalenderjahr-Auswertung nach Regionen; Visualisierung: Balkendiagramm <i>Hinweis: die Aktualität der Therapieempfehlung in Leitlinien ist zum Zeitpunkt der Evaluation zu prüfen.</i>
Visualisierung	Balkendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_11	Leitlinien: Betablocker
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI und HFrEF, die mit einem Betablocker behandelt werden.
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit HFrEF, die mit einem Betablocker behandelt werden
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit HFrEF
Zugrundeliegende Fragestellung	Leitlinienkonformität: Werden die Patienten mit CHI laut Leitlinienempfehlung therapiert?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Querschnittsauswertung nach Teilnahmejahren <i>Hinweis: die Aktualität der Therapieempfehlung in Leitlinien ist zum Zeitpunkt der Evaluation zu prüfen.</i>
Visualisierung	Balkendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_12	LVEF-Messungen im DMP
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Erstdiagnose CHI, bei denen eine LVEF-Messung im Rahmen der Erstabklärung dokumentiert wurde
Zähler	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose CHI und dokumentierter LVEF-Messung bei der Erstabklärung
Nenner	Anzahl der Patienten mit Erstdiagnose CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Leitlinienkonformität: Wird den Patienten eine leitliniengerechte Diagnostik geboten?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen
Visualisierung	Balkendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_13	Mortalität (Allgemein)
Beschreibung	Kumulierte Überlebensrate zu allen in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI
Zähler	Anzahl der überlebenden in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI
Nenner	Anzahl aller in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Mortalität der Patienten mit CHI aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Outcome
Qualitätsdimension	Effektivität
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kumulierte Darstellung nach Teilnahmemonaten zu allen in das DMP eingeschriebenen Patienten seit Einführung des DMP: nach Regionen
Visualisierung	Kaplan-Meier-Kurve
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung; DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_14	Verteilung der NYHA-Klasse
Beschreibung	Zeitliche Entwicklung der Verteilung der NYHA-Klasse nach Teilnahmehalbjahren
Zähler	Anzahl der Patienten in den NYHA-Klassifikationen 1, 2, 3 und 4 bei DMP-Einschreibung, nach sechs, 12 Monaten etc.
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die NYHA-Klasse der CHI-Patienten aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Outcome
Qualitätsdimension	Effektivität
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Quer- und Längsschnittauswertung nach Teilnahmehalbjahren
Visualisierung	Balkendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_15	Entwicklung der NYHA-Klasse
Beschreibung	Anteil der Patienten, deren NYHA-Klasse sich verbessert hat, unverändert geblieben ist, sich verschlechtert hat; in Sechsmonats-Schritten ab individueller Einschreibung
Zähler	Anzahl der Patienten, die in eine niedrigere NYHA-Klasse gewechselt sind, deren NYHA-Klasse gleichgeblieben ist bzw. die in eine höhere gewechselt sind
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die NYHA-Klasse der CHI-Patienten aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Outcome
Qualitätsdimension	Effektivität
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Quer- und Längsschnittauswertungen nach Teilnahmehalbjahren
Visualisierung	Balkendiagramm
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_16	Adverse Events
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI und mindestens einem Adverse Event (ungeplanten stationären Aufenthalt) im Teilnahmehalbjahr
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI, die innerhalb von sechs Monaten mindestens einen ungeplanten stationären Aufenthalt (Adverse Event) hatten
Nenner	Anzahl aller in das DMP eingeschriebene Patienten mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf das Auftreten und Art von Adverse Events aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Outcome
Qualitätsdimension	Effektivität
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Querschnittauswertung nach Teilnahmehalbjahren Adverse Event: alle akut auftretenden (ungeplanten) stationären Aufenthalte
Visualisierung	Balkendiagramm
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung bzw. KDok-Daten des BMSGPK zu stationären Aufenthalten
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_17	Ereignisfreie Zeit
Beschreibung	Kumulierte Rate der ereignisfreien Zeit, mit Hospitalisierung oder Tod als Ereignis
Zähler	Summe der Zahl der Monate vor dem ersten Ereignis je in das DMP eingeschriebener Patient mit CHI
Nenner	Summe aller Monate im DMP (bzw. in der Kontrollgruppe)
Zugrundeliegende Fragestellung	Effekte des DMP hinsichtlich Gesundheitsstatus
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Outcome
Qualitätsdimension	Effektivität
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kumulierte Darstellung nach Teilnahmedauer zu allen in das DMP eingeschriebenen Patienten seit Einführung des DMP: nach Regionen Ereignis: Hospitalisierung oder Tod
Visualisierung	Kaplan-Meier-Kurve
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung bzw. KDok-Daten des BMSGPK zu stationären Aufenthalten
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_18	Extramurale Arztkontakte
Beschreibung	Anzahl der Arztkontakte im niedergelassenen (extramuralen) Versorgungsbereich pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten nach Fachbereichen (AM, IM, etc.)
Zähler	Anzahl der extramuralen Arztkontakte je Fachbereich
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP bei Patienten mit CHI auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Output
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_19	Spitalsambulante Kontakte
Beschreibung	Anzahl der Kontakte in Spitalsambulanzen pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten nach Fachbereichen (AU, IM, etc.)
Zähler	Anzahl der Kontakte in Spitalsambulanzen je Fachbereich
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP bei Patienten mit CHI auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Output
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Spitalsambulanzen
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_20	Stationäre Aufenthalte
Beschreibung	Anzahl der stationären Aufenthalte (all-cause) in Akutkrankenanstalten pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten
Zähler	Anzahl der stationären Aufenthalte (all-cause) in Akutkrankenanstalten
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP bei Patienten mit CHI auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Output
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der stationären Einrichtungen
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_21	Heilmittelverbrauch
Beschreibung	Anzahl der verordneten und in Apotheken eingelösten Heilmittel pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten nach ATC-Gruppen
Zähler	Anzahl der eingelösten Heilmittelverordnungen nach ATC-Gruppen
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP bei Patienten mit CHI auf die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Output
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung Limitation: enthalten sind nur abgerechnete Heilmittel (d.h. keine selbstbezahlten Heilmittel)
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_22	Direkte Versorgungskosten, gesamt
Beschreibung	Gesamte direkte Akutversorgungskosten pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten aus Perspektive des Gesundheitswesens
Zähler	Summe der medizinischen Kosten (ärztliche Leistungen im extra- und intramuralen Bereich, Heilmittel, Heilbehelfe/Hilfsmittel) und nicht-medizinischen Kosten (Transporte) der Akutversorgung
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Kosten für die Versorgung von Patienten mit CHI aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung KDok-Daten des BMSGPK zu stationären Aufenthalten und spitalsambulanten Besuchen DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_23	Projekt- bzw. Programmkosten
Beschreibung	Projekt- bzw. Programmkosten (DMP) pro Jahr
Zähler	Summe der Projekt- bzw. Programmkosten (DMP)
Nenner	<i>nicht vorhanden</i>
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie hoch sind die Kosten, die unmittelbar dem DMP-Programm zuzuschreiben sind?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich
Visualisierung	Liniendiagramm
Datenquelle(n)	Dokumentation der Programmverantwortlichen
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_24	Kosten für ärztliche Leistungen im extramuralen Bereich
Beschreibung	Kosten für ärztliche Leistungen im extramuralen Versorgungsbereich pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten
Zähler	Summe der Kosten für ärztliche Leistungen im extramuralen Versorgungsbereich
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Kosten für die Versorgung von Patienten mit CHI aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_25	Kosten für spitalsambulante Leistungen
Beschreibung	Kosten für Leistungen im spitalsambulanten Bereich pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten
Zähler	Summe der Kosten für ärztliche Leistungen in Spitalsambulanzen
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Kosten für die Versorgung von Patienten mit CHI aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	KDok-Daten des BMSGPK zu spitalsambulanten Besuchen LKF-Punktwert in Euro pro Jahr
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_26	Kosten für stationäre Aufenthalte
Beschreibung	Kosten für die stationäre Behandlung in Akutkrankenhäusern pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten
Zähler	Summe der Kosten für die stationäre Behandlung in Akutkrankenhäusern
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Kosten für die Versorgung von Patienten mit CHI aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	KDok-Daten des BMSGPK zu stationären Aufenthalten LKF-Punktwert in Euro pro Jahr
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_27	Kosten für Heilmittel
Beschreibung	Kosten für Heilmittel pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten
Zähler	Summe der Kosten für Heilmittel
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Kosten für die Versorgung von Patienten mit CHI aus?
Indikatortyp	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_28	Kosten für Transporte
Beschreibung	Kosten für Transporte zu bzw. von Gesundheits-einrichtungen pro Patient mit CHI im Zeitraum von 12 Monaten
Zähler	Summe der Kosten für Transporte von bzw. zu Gesundheits-einrichtungen
Nenner	ein Patient mit CHI
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Kosten für die Versorgung von Patienten mit CHI aus?
Indikatortyp	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung von allgemeinen und zentralen Lage- sowie Streuungsmaßen. Signifikanztest: t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_29	Inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation (ICER)
Beschreibung	Verhältnis von Kostenveränderung und Änderungen der Effektivität durch die Versorgung von Patienten mit CHI im DMP gegenüber der Versorgung außerhalb des DMPs
Zähler	$\text{Kosten}_{\text{DMP}} - \text{Kosten}_{\text{Nicht-DMP}}$
Nenner	$\text{Effektivität}_{\text{DMP}} - \text{Effektivität}_{\text{Nicht-DMP}}$
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Kosteneffektivität der Versorgung von Patienten mit CHI aus Perspektive des Gesundheitswesens aus?
Indikatortyp	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Für die Kosten sind Projekt- bzw. Programmkosten, direkte medizinische Kosten (Leistungen im ex- sowie intramuralen Bereich, Heilmittel, Heilbehelfe/Hilfsmittel) sowie direkte nicht-medizinische Kosten (Transporte) heranzuziehen; keine Berechnung von indirekten Kosten; Effektivitätsparameter: verlorene Lebensjahre (YLL) Visualisierung: Kosten-Effektivitäts-Diagramm
Visualisierung	Kosten-Effektivität Diagramm
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung KDok-Daten des BMSGPK zu stationären Aufenthalten und spitalsambulant Besuchen DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_30	Lebensqualität
Beschreibung	Veränderung der Lebensqualität der Patienten im DMP im zeitlichen Verlauf.
Zähler	$\text{EQ-5D zum Zeitpunkt T0} - \text{EQ-5D zum Zeitpunkt T1, T2, etc. (jährlich)}$
Nenner	keinen
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Lebensqualität der Teilnehmer im DMP im zeitlichen Verlauf aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Outcome
Qualitätsdimension	Outcome
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Berechnung der Veränderung der Lebensqualität im zeitlichen Verlauf in der DMP-Gruppe
Visualisierung	Boxplot-Darstellung
Datenquelle(n)	Jährliche Erhebung mittels EQ-5D-Fragebogen (optional Ergänzung um einen krankheitsspezifischen Fragebogen, wie z.B. KCCQ)
Zugehörig zu Evaluationstyp	summative Evaluation

ID_31	Zufriedenheit mit dem DMP – Patienten
Beschreibung	Qualitative Erhebung der Zufriedenheit mittels Fokusgruppeninterviews nach Initiierung des DMP bei den Patienten, die im DMP teilnehmen
Zähler	Inhaltsanalytische Kategorien nach DeLone and McLean (qualitativ)
Nenner	<i>nicht vorhanden</i>
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie zufrieden sind die Patienten mit DMP für CHI?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Outcome
Qualitätsdimension	Outcome
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Qualitative Erhebung und inhaltsanalytische Auswertung
Visualisierung	Keine
Datenquelle(n)	Erhebung aus persönlichen Interviews zum Zeitpunkt T0 (Baseline, ein Jahr nach Start des DMP) durch den Programmverantwortlichen. Weitere Erhebung zum Zeitpunkt T1 und T2 (Follow Up, drei und fünf Jahre nach Start des DMP)
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_32	Zufriedenheit mit dem DMP Gesundheitsdienstleister
Beschreibung	Qualitative Erhebung der Zufriedenheit mittels Fokusgruppeninterviews nach Initiierung des DMP bei den Patienten, die im DMP teilnehmen
Zähler	Inhaltsanalytische Kategorien nach DeLone and McLean (qualitativ)
Nenner	<i>nicht vorhanden</i>
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie zufrieden sind Gesundheitsdienstleistungsanbieter mit dem DMP für CHI?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Outcome
Qualitätsdimension	Outcome
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Qualitative Erhebung und inhaltsanalytische Auswertung
Visualisierung	Keine
Datenquelle(n)	Fokusgruppeninterviews strukturiert nach den Dimensionen von DeLone and McLean zum Zeitpunkt T0 (Baseline, ein Jahr nach Start des DMP) durch den Programmverantwortlichen. Weitere Erhebung zum Zeitpunkt T1 und T2 (Follow Up, drei und fünf Jahre nach Start des DMP)
Zugehörig zu Evaluationstyp	Summative Evaluation

ID_33	Inkrementelle Kosten-Nutzwert-Relation (ICUR)
Beschreibung	Verhältnis von Kostenveränderung und Veränderung an gesunden Lebensjahren (QALYs) durch die Versorgung von Patienten mit CHI im DMP gegenüber der Versorgung außerhalb des DMPs
Zähler	$\text{Kosten}_{\text{DMP}} - \text{Kosten}_{\text{Nicht-DMP}}$
Nenner	$\text{QALY}_{\text{DMP}} - \text{QALY}_{\text{Nicht-DMP}}$
Zugrundeliegende Fragestellung	Wie wirkt sich das DMP auf die Kosten und den Nutzen der Versorgung von Patienten mit CHI im Vergleich zu anderen Programmen aus?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Impact
Qualitätsdimension	Kosten/Abgaben
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Für die Kosten sind Projekt- bzw. Programmkosten, direkte medizinische Kosten (Leistungen im ex- sowie intramuralen Bereich, Heilmittel, Heilbehelfe/Hilfsmittel) sowie direkte nicht-medizinische Kosten (Transporte) heranzuziehen; keine Berechnung von indirekten Kosten; Visualisierung: Kosten-Effektivitäts-Diagramm Erhebung der Lebensqualität: Baseline/Follow-up alle 12 Monate
Visualisierung	Kosten-Effektivität Diagramm
Datenquelle(n)	Verrechnungsdatensätze der Sozialversicherung KDok-Daten des BMSGPK zu stationären Aufenthalten und spitalsambulant Besuchen Befragungsergebnisse mit EQ-5D-5L und Value Set DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Gesundheitsökonomische Evaluation

ID_34 (optional)	Mindestens ein Kontakt beim Hausarzt in drei Monaten
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen stabilen Patienten mit niedrigem Risiko, die mindestens einmal alle drei Monate einen Kontakt zum Hausarzt hatten.
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko, die mindestens alle drei Monate einen Kontakt bei dem Allgemeinmediziner hatten.
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko
Zugrundeliegende Fragestellung	Leitlinienkonformität: Wird eine leitliniengerechte Versorgung den Patienten geboten bzw. inwiefern wird das Behandlungsziel 1 des medizinischen Rahmenkonzepts erreicht?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko: RR syst. ≥ 90 mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen
Visualisierung	Balkendiagramm, Landkarte
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_35 (optional)	Jährliche Echokardiographie
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen stabilen Patienten mit niedrigem Risiko, die mindestens einmal im Jahr eine Echokardiographie erhalten
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko, die mindestens einmal im Jahr eine Echokardiographie erhalten haben
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko
Zugrundeliegende Fragestellung	Leitlinienkonformität: Wird den Patienten eine leitliniengerechte Versorgung geboten bzw. inwiefern wird das Behandlungsziel 1 des medizinischen Rahmenkonzepts erreicht?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko: RR syst. ≥ 90 mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen
Visualisierung	Balkendiagramm, Landkarte
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_36 (optional)	Mindestens eine Konsultation beim Internisten alle 12 bis 18 Monate
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen stabilen Patienten mit niedrigem Risiko, die mindestens einmal alle 12 bis 18 Monate eine Konsultation beim Facharzt für Innere Medizin hatten
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko, die mindestens einmal in 18 Monaten eine Konsultation beim Facharzt für Innere Medizin hatten
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko
Zugrundeliegende Fragestellung	Leitlinienkonformität: Wird den Patienten eine leitliniengerechte Versorgung geboten bzw. inwiefern wird das Behandlungsziel 1 des medizinischen Rahmenkonzepts erreicht?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen Patienten mit CHI mit stabiler Erkrankung und niedrigem Risiko: RR syst. ≥ 90 mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen
Visualisierung	Balkendiagramm, Landkarte
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_37 (optional)	Kontrolle beim Internisten mindestens alle drei Monate
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit hohem Risiko, die mindestens einmal in drei Monaten einen Kontrolltermin beim Facharzt für Innere Medizin haben
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit hohem Risiko, die mindestens einmal alle drei Monate eine Konsultation beim Facharzt für Innere Medizin hatten
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit hohem Risiko
Zugrundeliegende Fragestellung	Leitlinienkonformität: Wird den Patienten eine leitliniengerechte Versorgung geboten bzw. inwiefern wird das Behandlungsziel 3 des medizinischen Rahmenkonzepts erreicht?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen Patienten mit CHI mit hohem Risiko: RR syst. < 90 mmHg, eGFR < 50 ml/min/1,74m ² , NT-proBNP > 1000 pg/ml, Schleifendiuretikumbedarf mit Äquivalenzdosis >= 80 mg/d Furosemid
Visualisierung	Balkendiagramm, Landkarte
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

ID_38 (optional)	Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen
Beschreibung	Anteil der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit sehr hohem Risiko, die in einer Spezialeinrichtung zur Behandlung der Herzinsuffizienz betreut werden
Zähler	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit sehr hohem Risiko, die in einer Spezialeinrichtung zur Behandlung der Herzinsuffizienz betreut werden
Nenner	Anzahl der in das DMP eingeschriebenen Patienten mit CHI mit sehr hohem Risiko
Zugrundeliegende Fragestellung	Leitlinienkonformität: Wird den Patienten eine leitliniengerechte Versorgung geboten bzw. inwiefern wird das Behandlungsziel 4 des medizinischen Rahmenkonzepts erreicht?
Indikatortyp (Donabedian, DISMEVAL)	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zu und Koordination der Versorgung
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Keine Gegenüberstellung im Kontrollgruppenvergleich. Kalenderjahr-Auswertung: nach Regionen Patienten mit CHI mit sehr hohem Risiko: schwere Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz, RR syst. < 85 mmHg, eGFR < 30 ml/min/1,74 m ² , NT-proBNP > 2000 pg/ml
Visualisierung	Balkendiagramm, Landkarte
Datenquelle(n)	DMP-Basisdokumentation
Zugehörig zu Evaluationstyp	Formative Evaluation

E.7.2. Instrumente zur Datenbehebung

Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- | | |
|--|--------------------------|
| Ich habe keine Probleme herumzugehen | ☐ |
| Ich habe leichte Probleme herumzugehen | ☐ |
| Ich habe mäßige Probleme herumzugehen | ☐ |
| Ich habe große Probleme herumzugehen | ☐ |
| Ich bin nicht in der Lage herumzugehen | ☐ |

FÜR SICH SELBST SORGEN

- | | |
|---|--------------------------|
| Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen | ☐ |
| Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen | ☐ |
| Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen | ☐ |
| Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen | ☐ |
| Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen | ☐ |

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- | | |
|--|--------------------------|
| Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen | ☐ |
| Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen | ☐ |
| Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen | ☐ |
| Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen | ☐ |
| Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen | ☐ |

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- | | |
|---|--------------------------|
| Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden | ☐ |
| Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden | ☐ |
| Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden | ☐ |
| Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden | ☐ |
| Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden | ☐ |

ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- | | |
|---|--------------------------|
| Ich bin nicht ängstlich oder niedergeschlagen | ☐ |
| Ich bin ein wenig ängstlich oder niedergeschlagen | ☐ |
| Ich bin mäßig ängstlich oder niedergeschlagen | ☐ |
| Ich bin sehr ängstlich oder niedergeschlagen | ☐ |
| Ich bin extrem ängstlich oder niedergeschlagen | ☐ |

E.7.3. Datenspezifikation

E.7.3.1. DMP-Basisdokumentation

DMP-Strukturdaten je Einrichtung	
Parameter	Kurzbeschreibung
Einrichtungsbezeichnung	Bezeichnung der Einrichtung (und eindeutiger Identifizierungscode des Leistungserbringers)
Fachgruppe	Fachgruppe der Einrichtung (AM, IM, NEU, ...)
Einrichtungsort	Politischer Bezirk des Einrichtungsstandorts
Einrichtungsart	Einzelordination mit/ohne §2-Vertrag, PVE, Ambulatorium mit/ohne §2-Vertrag
Personalstand	Anzahl der VZÄ/Köpfe je Berufsgruppe, die aktiv am DMP beteiligt sind (mit Stand Quartalsende)
MA-Kontakte	Gesamtzahl der Kontakte mit DMP-Pat. je Berufsgruppe (mit Stand Quartalsende)
DMP-Teilnahmebeginn	Datum, ab dem die Einrichtung am DMP teilnimmt
DMP-Teilnahmeende	Datum, ab dem die Einrichtung nicht mehr am DMP teilnimmt
Schulungsaktivitäten	Anzahl der durchgeführten DMP-spezifischen Patientenschulungen (mit Stand Quartalsende)

DMP-Stammdaten je Patient	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
Geburtsjahr	Geburtsjahr des Patienten
Geschlecht	Geschlecht des Patienten (Kategorien: M = männlich; W = weiblich; X = divers)
Wohnbezirk	Bezeichnung des Wohnbezirks des Patienten (politische Bezirke)
DMP-Einschreibungsdatum	Datum, ab dem der Patient am DMP teilnimmt
Datum der DMP-Schulung	Datum, an dem der Patient eine DMP-spezifische Schulung erhalten hat
DMP-Austrittsdatum	Datum, an dem der Patient aus dem DMP ausgetreten ist
DMP-Austrittsgrund	Auszufüllen, wenn DMP-Austrittsdatum vorhanden (durch Patienten beendet, durch Einrichtung beendet, Sterbefall, sonstige Gründe)

DMP-Verlaufsdokumentation je Patient	
Parameter	Kurzbeschreibung
Einrichtungsbezeichnung	Bezeichnung der Einrichtung (und eindeutiger Identifizierungscode des Leistungserbringers)
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
NYHA-Klasse inkl. Erhebungsdatum	NYHA-Klassifizierung und Datum der Erhebung (Mehrfacheinträge möglich)
Laborbestimmungen	Anzahl der eGFR und Serum-Elektrolyte-Bestimmungen und Datum der Bestimmung (Mehrfacheinträge möglich)
Heilmittelverordnungen	Anzahl der ACE-Hemmer-, ARB-, Betablocker-Verordnungen und Datum der Bestimmung (Mehrfacheinträge möglich)
LVEF-Messungen	Anzahl der LVEF-Messungen und Durchführungsdatum (Mehrfacheinträge möglich)

E.7.3.2. Folgekostendaten der Sozialversicherung (FOKO-Daten)

FOKO - Basisdaten	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
Gruppe	Kennzeichnung, ob Patient in Interventions- oder Kontrollgruppe ist (Kategorien: IG; KG)
Geburtsjahr	Geburtsjahr des Patienten
Geschlecht	Geschlecht des Patienten (Kategorien: M = männlich; W = weiblich; X = divers)
Wohnbezirk	Bezeichnung des Wohnbezirks des Patienten (politische Bezirke)
Erwerbsstatus	SV-Kategorien zum Erwerbsstatus
Rezeptgebührenstatus	Kategorien: rezeptgebührenpflichtig; rezeptgebührenbefreit

FOKO – e-card-Konsultationen	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
e-card-Konsultationsdatum	Datum der E-Card-Steckung im Format JJJJ-MM-TT
<i>DIAG (optional)</i>	<i>Behandelte Diagnose im ICPC2-Format (sobald verfügbar)</i>
Einrichtungsbezeichnung	Bezeichnung der leistungserbringenden Einrichtung (und eindeutiger Identifizierungscode des Leistungserbringers)
Fachgruppe	Fachgruppe der Einrichtung (AM, IM, NEU, ...)
Einrichtungsort	Politischer Bezirk des Einrichtungsstandorts
Einrichtungsart	Einzelordination mit §2-Vertrag, PVE, Ambulatorium mit §2-Vertrag

FOKO – Einzelleistungsdaten	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
Leistungsbezeichnung	Bezeichnung der durchgeführten medizinischen Einzelleistung
<i>KAL_Code (optional)</i>	<i>KAL-Code der Einzelleistung (sobald verfügbar)</i>
Leistungsdatum	Datum der Leistungserbringung im Format JJJJ-MM-TT
Einrichtungsbezeichnung	Bezeichnung der leistungserbringenden Einrichtung (und eindeutiger Identifizierungscode des Leistungserbringers)
Fachgruppe	Fachgruppe der Einrichtung (AM, IM, NEU, ...)
Einrichtungsort	Politischer Bezirk des Einrichtungsstandorts
Einrichtungsart	Einzelordination mit/ohne §2-Vertrag, PVE, Ambulatorium mit/ohne §2-Vertrag
Leistungskosten	Kosten der Einzelleistungen in Euro

FOKO – Heilmitteldaten	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
ATC_Code	Anatomisch-therap.-chem. Klassifikationssystem der WHO
Bezeichnung	Bezeichnung des Heilmittels inkl. Wirkstoffmenge
Menge	Mengenangabe
Mengenart	Stückzahl/ml/g
Packungen	Anzahl der abgerechneten Packungen
Datum	Rezepteinlösedatum im Format JJJJ-MM-TT
Kosten	Nettopreis (= Kosten für SV)
Einrichtungsbezeichnung	Bezeichnung der verordneten Einrichtung (und eindeutiger Identifizierungscode des Leistungserbringers)
Fachgruppe	Fachgruppe der Einrichtung (AM, IM, NEU, ...)
Einrichtungsort	Politischer Bezirk des Einrichtungsstandorts
Einrichtungsart	Einzelordination mit/ohne §2-Vertrag, PVE, Ambulatorium mit/ohne §2-Vertrag

FOKO – Hilfsmittel/Heilbehelfe	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
Bezeichnung	Bezeichnung des Hilfsmittels/Heilbehelfs
Menge	Mengenangabe
Datum	Einlösedatum im Format JJJJ-MM-TT
Kosten	Nettopreis (= Kosten für SV)
Einrichtungsbezeichnung	Bezeichnung der verordneten Einrichtung (und eindeutiger Identifizierungscode des Leistungserbringers)
Fachgruppe	Fachgruppe der Einrichtung (AM, IM, NEU, ...)
Einrichtungsort	Politischer Bezirk des Einrichtungsstandorts
Einrichtungsart	Einzelordination mit/ohne §2-Vertrag, PVE, Ambulatorium mit/ohne §2-Vertrag

FOKO – Krankentransport-Daten	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
Transportart	Notfalltransport, Transport mit oder ohne Sanitäter
Transportdatum	Datum des durchgeführten Krankentransports im Format JJJJ-MM-TT
Kosten	Kosten des Krankentransports
Einrichtungsbezeichnung	Bezeichnung der transportveranlassenden Einrichtung (und eindeutiger Identifizierungscode des Leistungserbringers)
Fachgruppe	Fachgruppe der Einrichtung (AM, IM, NEU, ...)
Einrichtungsort	Politischer Bezirk des Einrichtungsstandorts
Einrichtungsart	Einzelordination mit/ohne §2-Vertrag, PVE, Ambulatorium mit/ohne §2-Vertrag

E.7.3.3. Daten der Sozialversicherung zu stationären Aufenthalten und spitalsambulant-ten Besuchen

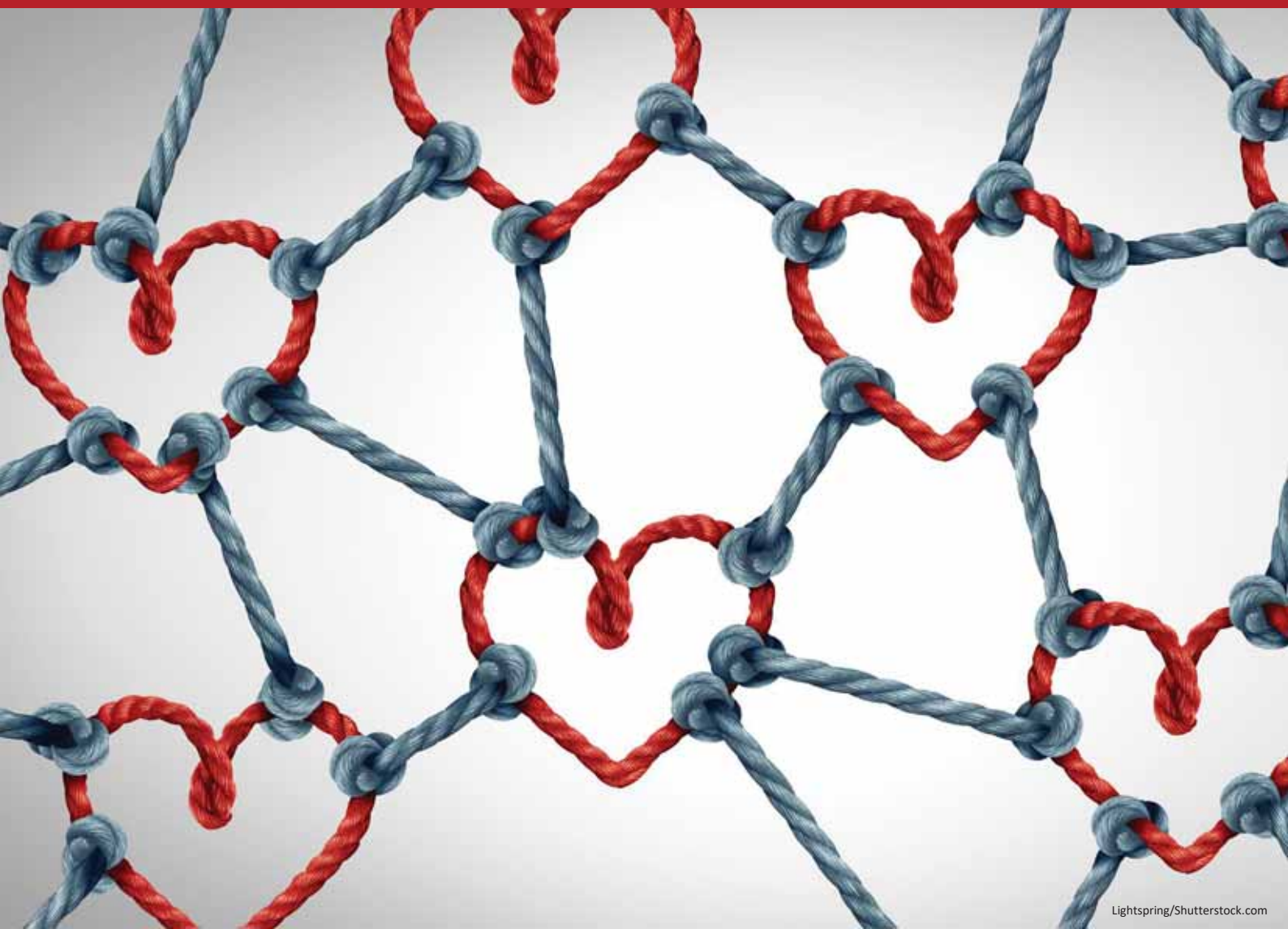
Intramurale SV-Basisdaten	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
KANR	Krankenanstaltennummer der aufnehmenden Krankenanstalt
AUFNR	Eindeutige Aufnahme-Nummer (muss mit der Aufnahme-Nummer der Krankenanstalten-Dokumentation der Gesundheitsfonds ident sein)
DIAG	Hauptdiagnose im ICD10-Format
BHART	Behandlungsart (Kategorie S = stationär; I = spitalsambulant)
AUFDAT	Aufnahmedatum im Format JJJJ-MM-TT
ENTDAT	Entlassungsdatum im Format JJJJ-MM-TT
FC	Funktionscode der leistungserbringenden Einheit (Funktionscodes für Hauptkostenstellen lt. Liste des BMSGPK)

E.7.3.4. KDok-Daten des BMSGPK zu stationären Aufenthalten und spitalsambulanten Besuchen

Intramurale KDok-Basisdaten	
Parameter	Kurzbeschreibung
Pseudonym	Pat-Pseudonym (wird in allen patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt)
KANR	Krankenanstaltennummer der aufnehmenden Krankenanstalt
AUFNR	Eindeutige Aufnahme-Nummer (muss mit der Aufnahme-Nummer der Krankenanstalten-Dokumentation der Gesundheitsfonds ident sein)
AUFART	Aufnahmeart
ENTART	Entlassungsart
DIAGCODE	Diagnosecode im ICD10-Format bei Entlassung
DIAGTYP	Diagnosetyp (Kategorien: H = Hauptdiagnose, Z = Zusatzdiagnose)
BHART	Behandlungsart (Kategorie S = stationär; I = spitalsambulant)
AUFDAT	Aufnahmedatum im Format JJJJ-MM-TT
ENTDAT	Entlassungsdatum im Format JJJJ-MM-TT
ABTFC	Funktionscode der leistungserbringenden Einheit (Funktionscodes für Hauptkostenstellen lt. Liste des BMSGPK)
ABTPOS	Abteilungspositionsnummer
ABTBD	Abteilungsbelagstage
LDF_Gruppe	Abrechnungsrelevante Gruppe (MHG, AGP, AMG)
LDF_Knoten	Abrechnungsrelevanter Knoten
SCGES	LKF-Scoringpunkte total

Teil VII

Organisations- und Datenmanagement



Lohr, Claudia

Hochwallner, Christina

Reitter-Pfoertner, Sylvia

Kiss, Noemi

Trischak, Christine

Competence Center Integrierte Versorgung, 2020

Anmerkung:

Als Basis für das vorliegende Teilkonzept dienten bereits erarbeitete bzw. in Arbeit befindliche Teilkonzepte, Erkenntnisse aus diversen Pilotprojekten und Erfahrungen des CCIV aus bereits erstellten Disease-Management-Konzepten. Die dargelegten Ausführungen betreffen die wesentlichen und hauptsächlich zu beachtenden Aspekte im Organisationsmanagement und Datenmanagement inkl. Telemonitoring. Der Leitgedanke ist die bundesweite Möglichkeit zur Implementierung. Um den dafür nötigen Handlungsspielraum zu gewährleisten, wurde von einer zu weitreichenden Detaillierung Abstand genommen.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACE	Angiotensin-Converting Enzyme
ADM-SW	Administrationssoftware
ÄK	Ärztchammer
AM	Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin
ANG	An- bzw. Zugehörige
ARB	Angiotensin Receptor Blockers
Ass.	Ordinationsassistentin bzw. Ordinationsassistent
ASW	Arztsoftware
BGBI	Bundesgesetzblatt
BV	Berufsverbände
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
DM(P)	Disease-Management(-Programm)
DMS	Datenmanagementsystem
eGFR	Estimated Glomerular Filtration Rate
EKG	Elektrokardiogramm
ESC	European Society of Cardiology
FA	Fachärztin bzw. Facharzt
GDL	Gesundheitsdienstleisterinnen bzw. Gesundheitsdienstleister
HFmrEF	Heart Failure with Mildly Reduced Ejection Fraction, Herzinsuffizienz mit gering reduzierter Auswurfraction
HFpEF	Heart Failure with Preserved Ejection Fraction, Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfraction
HFrEF	Heart Failure with Reduced Ejection Fraction, Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction
HI	Herzinsuffizienz
IM	Ärztin bzw. Arzt für Innere Medizin
KA	Krankenanstalt
KH	Krankenhaus
LVEF	Linksventrikuläre Auswurfraction
NT-proBNP	N-terminales pro-BNP
NYHA	New York Heart Association
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA	Primäre Anlaufstelle (hausärztliche Ordination (AM/PVE), die Patientinnen- bzw. Patientenkoordinierung übernimmt)
PAT	Patientin bzw. Patient
PV	Primärversorgung

PVE	Primärversorgungseinheit
Reha	Rehabilitationseinrichtung
R-PK	Regionale Programmkoordination
QS	Qualitätssicherung
SM	Selbstmanagement
Spez.	Spezialambulanz bzw. HI-Ambulanz
SV	Sozialversicherung(en)
SVNR	Sozialversicherungsnummer
Thera.	Therapeutinnen bzw. Therapeuten und sonstige Gesundheits- und Sozialberufe
VS	Verrechnungsstelle
Z-PK	Zentrale Programmkoordination

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	479
MANAGEMENT SUMMARY	485
1. HINTERGRUND – AUSGANGSSITUATION	486
1.1. Definitionen und Begriffsbestimmungen	486
1.1.1. Organisationsmanagement	486
1.1.2. Datenmanagement	487
1.1.3. Telemonitoring	490
1.2. Zielsetzungen	492
1.2.1. Organisationsmanagement	492
1.2.2. Datenmanagement	493
1.3. Methodisches Vorgehen	494
1.3.1. Grundlagen	494
1.3.2. Online-Expertinnen- bzw. -Expertenbefragung	495
1.3.3. Qualitätssicherung des Konzepts	495
2. ERGEBNISSE DER ONLINE-EXPERTINNEN- BZW. -EXPERTEN-BEFRAGUNG	496
2.1. Statistischer Hintergrund der Befragten	496
2.2. Herausforderungen in der Versorgung und Anforderungen an ein DM(P) CHI aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	498
2.3. Versorgungsrollen aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	506
2.4. Expertinnen- bzw. Expertensicht zum elektronischen Datenmanagementsystem	515
3. SYSTEMBESCHREIBUNG	516
3.1. Organisatorische Eckpunkte des DM(P) CHI	516
3.2. Datenmanagement im DM(P) CHI	519
4. AKTEURINNEN BZW. AKTEURE IM DM(P) CHI	521
4.1. Rollenkonzept	521
4.1.1. Patientinnen bzw. Patienten	522
4.1.2. An- und Zugehörige	522
4.1.3. Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich inkl. Primärversorgungseinheiten (PVE)	523

4.1.4.	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger (niedergelassener Bereich)	525
4.1.5.	Ordinationsassistentinnen bzw. Ordinationsassistenten	526
4.1.6.	Mobile Pflege- und Betreuungsdienste im niedergelassenen Bereich	527
4.1.7.	Diätologinnen bzw. Diätologen	528
4.1.8.	Therapeutinnen bzw. Therapeuten und sonstige Gesundheits- und Sozialberufe im niedergelassenen Bereich	529
4.1.9.	Niedergelassene Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin/ Kardiologie	530
4.1.10.	Spezialambulanz und HI-Spezialistin bzw. HI-Spezialist	531
4.1.11.	Krankenanstalten/Stationärer Bereich	532
4.1.12.	Rehabilitationseinrichtungen	533
4.1.13.	Zentrale Programmkoordination	534
4.1.14.	Regionale Programmkoordination	536
4.1.15.	Expertinnen- bzw. Expertengremium	538
4.2.	Dokumentationsstellen	539
4.2.1.	Aufgaben und Erwartungen	540
4.2.2.	Datenspezifikation	544
5.	PROZESSBESCHREIBUNGEN	546
5.1.	Versorgungspfad	547
5.2.	Versorgungsrelevante Prozesse	549
5.2.1.	Patientinnen- bzw. Patientenidentifikation und Information über DM(P)	550
5.2.2.	Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung	552
5.2.3.	Überprüfung der bestehenden Behandlung bzw. Einleitung/Optimierung der Behandlung gemäß der Betreuungs- und Behandlungspfade	553
5.2.4.	Kontinuierliche Versorgung gemäß Betreuungspfaden mit entsprechend individueller Versorgungsvariante inkl. Überprüfung Gesundheitsstatus/Betreuungsbedarf	555
5.2.5.	Follow-up nach KA bei primärer Anlaufstelle	557
5.2.6.	Austritt aus DM(P) auf Patientinnen- bzw. Patientenwunsch	558
5.3.	Administrative Prozesse	559
5.3.1.	Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung durch regionale Programmkoordination	559
5.3.2.	Patientinnen- bzw. Patientenaustritt durch regionale Programmkoordination	560
5.3.3.	Wechsel der primären Anlaufstelle	561
5.3.4.	Aufnahme von GDL	562
5.3.5.	Ausstieg von GDL	563

5.4. Zentrale administrative Prozesse aus Datenmanagement-Sicht	565
5.4.1. Aufnahme und Ausstieg von GDL in das DM(P) CHI	566
5.4.2. Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung	567
5.4.3. Änderung der primären Anlaufstelle bzw. Arztwechsel	568
5.4.4. Austritt von Patientinnen bzw. Patienten	568
5.4.5. Leistungsabrechnung	569
5.5. Administrationssystem	569
5.5.1. Anforderungen	569
5.5.2. Umsetzungsweg mit dem e-card-Service ‚Therapie Aktiv Verwaltung‘	569
5.6. Zentrale Datenflüsse	571
 6. ELEKTRONISCHES INFORMATIONS- UND DATENMANAGEMENTSYSTEM	 572
6.1. Funktionen	573
6.1.1. Information und Kommunikation	573
6.1.2. DM(P)-Basisdokumentation und Datentransfer	574
6.1.3. Feedbackberichte	575
6.1.4. Reminder und Recall	575
6.1.5. Telemonitoring	577
6.2. Allgemeine Anforderungen	581
6.2.1. Übernahme der Stammdaten der Patientinnen bzw. Patienten	582
6.2.2. Benutzerinnen- bzw. Benutzerverwaltung und Berechtigungen	582
6.2.3. Weitere allgemein zu berücksichtigende Aspekte	584
6.3. Rechtliche Grundlagen und Datenschutz	585
6.3.1. Datenschutz-Grundverordnung	585
6.3.2. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen	585
6.3.3. Gesundheitsdokumentationsverordnung	585
6.3.4. Bundesgesetz über die Bundesstatistik	586
6.3.5. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG	586
6.3.6. Empfehlungen der Telegesundheitsdienste-Kommission	586
6.3.7. Rahmenrichtlinie für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von Telemonitoring: Messdatenerfassung	587
 7. RESÜMEE UND AUSBLICK	 587
7.1. Empfehlungen	588
7.2. Diskussion und Limitationen	591
7.3. Schlussfolgerung und Ausblick	593

8. VERZEICHNISSE	595
8.1. Literaturverzeichnis	595
8.2. Abbildungsverzeichnis	599
8.3. Tabellenverzeichnis	600
ANHANG A: DETAILERGEBNISSE DER ONLINE-EXPERTINNEN- BZW. -EXPERTEN- BEFRAGUNG	602
ANHANG B: DATENSPEZIFIKATION (ENTWURF)	612
ANHANG C: DOKUMENTATIONSBÖGEN (ENTWURF)	614

MANAGEMENT SUMMARY

In Österreich liegt die Prävalenz der chronischen Herzinsuffizienz (CHI) schätzungsweise bei rund 70.000 bis 140.000 Personen (1 bis 2% der erwachsenen Bevölkerung). Diese Erkrankung ist durch eine hohe Mortalität, viele Spitalsaufenthalte, eine hohe Rehospitalisierungsrate und in der Folge durch hohe damit assoziierte Kosten für das Gesundheitswesen gekennzeichnet. Demnach empfehlen die aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC-Guidelines 2016), dass diese Patientinnen- bzw. Patientengruppe im Rahmen eines multidisziplinären Versorgungsprogramms betreut wird, um deren Risiko für Herzinsuffizienz bedingte Spitalsaufenthalte und ihre Mortalität zu senken (Empfehlungsgrad I, Evidenzgrad A) (Ponikowski et al., 2016b). Vor diesem Hintergrund wurde das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) damit beauftragt, ein Konzept für ein Disease-Management für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI (DM(P) CHI) zu entwickeln.

Im vorliegenden Konzept werden die Teilbereiche ‚Organisationsmanagement‘ und ‚Datenmanagement‘ behandelt. Neben der Definition von organisatorischen Rahmenempfehlungen für die Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation werden auch zentrale Anforderungen an die standardisierte Dokumentation und Organisation der Weitergabe der dokumentierten Daten im DM(P) CHI dargelegt.

Generell wird empfohlen, das DM(P) CHI als niederschwelliges Primärversorgungsmodell mit kontinuierlicher, wohnortnaher Versorgung umzusetzen. Teilnehmende Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner sowie Primärversorgungseinheiten fungieren dabei als primäre Anlaufstellen in einer strukturierten Versorgung über alle Versorgungsstufen hinweg und übernehmen eine wichtige Funktion in Hinblick auf die Führung und Koordination der Patientinnen bzw. Patienten. Weitere Gesundheitsdienstleisterinnen bzw. Gesundheitsdienstleister (GDL) sollen nach Bedarf in die Versorgung involviert werden, wodurch das Ziel einer multidisziplinären Versorgung in einem eng miteinander vernetzten, interprofessionellen Team erreicht werden soll.

Als Teil der Konzeptarbeit wurden Akteurinnen bzw. Akteure identifiziert, die einen wesentlichen Stellenwert in der Versorgung von betroffenen Patientinnen bzw. Patienten haben. Diesen wurden Aufgaben bzw. Verantwortungsbereiche, die für den Betrieb des DM(P) CHI relevant sind, zugeordnet. Die mögliche Form der Zusammenarbeit der Akteurinnen bzw. Akteure wurde in Ablaufdarstellungen der zentralen versorgungsrelevanten und administrativen Prozesse abgebildet. Darüber hinaus widmet sich der Bericht auch wesentlichen Eckpunkten des Datenmanagements im Rahmen des DM(P) CHI. Dieses bildet eine zentrale Voraussetzung für die strukturierte Informationsweitergabe und Kommunikation innerhalb der multidisziplinären Versorgung. Zudem dient das Datenmanagement als Grundlage für die Administration und Auswertung im DM(P) CHI und für dessen Weiterentwicklung.

Die Inhalte des Teilkonzepts wurden einerseits auf der Grundlage von bereits erarbeiteten bzw. in Arbeit befindlichen Teilkonzepten, Erkenntnissen aus diversen Pilotprojekten und Erfahrungen des CCIV aus bereits erstellten Disease-Management-Konzepten entwickelt. Andererseits wurden ergänzend dazu die Sichtweisen von Expertinnen bzw. Experten im Rahmen einer Online-Befragung eingeholt. Die dargestellten Empfehlungen sind dabei als grundlegende Rahmenvorgaben zu verstehen, die in Grundzügen eine mögliche Funktionsweise des DM(P) CHI skizzieren sollen. Der Leitgedanke war dabei eine bundesweite Implementierungsmöglichkeit. Um den dafür nötigen Handlungsspielraum zu gewährleisten,

wurde von einer zu weitreichenden Detaillierung Abstand genommen und es wurde sichergestellt, dass auch Anpassungen unter Berücksichtigung bestehender regionaler Gegebenheiten, wie z.B. unterschiedliche Versorgungsstrukturen oder bereits implementierte CHI-Projekte, möglich sind. Die Empfehlungen gelten deshalb nicht als starre Vorgaben, sondern bieten auch die Möglichkeit für variable patientenzentrierte Versorgungsstrategien und flexible Anpassungen.

1. HINTERGRUND – AUSGANGSSITUATION

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) wurde in der Sitzung der Trägerkonferenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger¹ am 11. Dezember 2018 mit der Erstellung eines Konzepts für ein österreichweit einheitliches, modular aufgebautes Disease-Management für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (DM(P) CHI) beauftragt. Teil dieser Arbeiten sind neben der Darstellung von organisatorischen Rahmenbedingungen auch die Definition von Eckpunkten zum Datenmanagement im DM(P) sowie zur Nutzung von Telemonitoring unter Berücksichtigung der Zielgruppen-Bedürfnisse.

„Eines der grundsätzlichen Qualitätsprobleme der heutigen medizinischen Versorgung ist nicht so sehr die Medizin an sich, sondern die erfolgreiche Abwicklung und effiziente Organisation der Behandlungsprozesse. Eine optimale Behandlung und die Unterstützung von institutionsübergreifenden Behandlungsprozessen hängen sehr wesentlich von der rechtzeitigen Verfügbarkeit von wichtigen und richtigen Daten, Informationen und Wissen ab.“ (Stadt Wien, 2020, 6f)

Dieses Zitat verdeutlicht das enge Ineinandergreifen der beiden Themen Organisation und Datenmanagement. So wirken sich organisatorische Erfordernisse direkt auf die Anforderungen an das Datenmanagement aus. Auf Grund dieser Nähe und den zahlreichen sich ergebenden Berührungspunkten erfordert die Ausarbeitung der beiden Themen nicht nur eine enge Abstimmung der Empfehlungen, sondern ganz generell eine konsolidierte Betrachtungsweise in der Erstellung.

1.1. Definitionen und Begriffsbestimmungen

1.1.1. Organisationsmanagement

Der Begriff ‚Organisation‘ ist ein wirtschaftlich geprägter Begriff, dem eine Vielzahl unterschiedlicher Bedeutungen zugrunde gelegt werden. So findet der Begriff unter anderem Anwendung, um die Verteilung von Entscheidungsbefugnissen innerhalb eines Unternehmens zu bezeichnen oder wird als Sammelbegriff für ein zielgerichtetes Zusammenwirken von Personen herangezogen (T. Beck, 1996, S. 20). Im weiteren Sinne bezeichnet der Organisationsbegriff eine „auf Dauer gerichtete, methodische Zuordnung von Menschen und Sachmitteln, um für deren bestmögliches Zusammenwirken im Sinne einer dauerhaften Erreichung vorgegebener Ziele die günstigsten Bedingungen zu schaffen“ (Hub, 1976, S. 1).

¹ Die Trägerkonferenz war bis zur Neuorganisation der Sozialversicherung das rechtsetzende Organ der Verwaltungskörper des Hauptverbandes.

Das sogenannte Organisationsmanagement dient der Regelung des Aufbaus und Ablaufs von Arbeitsprogrammen. Eine Organisation gibt per se keine Ziele vor, sondern definiert nur Rahmenbedingungen, innerhalb derer alle betrieblichen Handlungen und Aktivitäten stattfinden, die der Zielerreichung dienen. Der Fokus der Organisation richtet sich danach, möglichst günstige Voraussetzungen zu generieren. Ein weiteres wesentliches Merkmal ist dabei jenes, dass die vorgegebenen Regelungen wiederholt anwendbar sind (Blohm, 1977, S. 18; Hub, 1976, S. 2). Im Gabler Wirtschaftslexikon werden unter ‚Organisationsmanagement‘ *„alle mit der Gestaltung der Organisationsstruktur einer Unternehmung verbundenen Aufgaben verstanden“* (Schewe, 2018). Zu den zentralen Bereichen des Organisationsmanagements gehören die Definition bzw. Festlegung der Aufbau- sowie der Ablauforganisation. Die Aufbauorganisation umfasst dabei die Definition von Aufgaben, ihre Verteilung auf die Aufgabenträgerinnen bzw. -träger und die Regelung der Beziehungen zwischen den involvierten Personen. Sie beschreibt die ‚hierarchische Struktur‘ eines Unternehmens. Die Ablauforganisation beinhaltet hingegen Informationen zur Durchführung der Aufgaben, also zu den erforderlichen Prozessen zur Erledigung von Aufgaben. Sie ermöglicht eine Abbildung des ‚Workflows‘ und ist eng mit dem Prozessmanagement verknüpft (Hub, 1976, S. 4f; Institut für Managementberatung).

An dieser Abgrenzung der beiden Bereiche Aufbau- und Ablauforganisation hat sich das CCIV orientiert, wobei unter dem Begriff ‚Aufbauorganisation‘ die Konzipierung der strukturellen und personellen Rahmenbedingungen, die für den laufenden Betrieb des DM nötig sind, verstanden werden. Unter dem Begriff ‚Ablauforganisation‘ werden in diesem Konzept die Rahmenbedingungen auf der Prozessebene subsumiert.

1.1.2. Datenmanagement

Unter Datenmanagement im Disease-Management versteht das CCIV (2011, S. 171) die standardisierte Dokumentation und Organisation der Weitergabe der dokumentierten Daten an Behandlungsnahtstellen auf allen Versorgungsebenen. Dazu gehören verschiedenste Prozesse auf Programm- und individueller Ebene; beispielsweise administrative Vorgänge wie die Erfassung von Patientinnen bzw. Patienten aber auch die medizinische Dokumentation.

Daten können allgemein als Grundlage oder Ergebnis eines Verarbeitungsschrittes gesehen werden (Leiner et al., 2012, S. 19). Gemäß North (2005, 36f) lassen sich aus Daten Informationen generieren, wenn diese Daten, das heißt Symbole, die noch nicht interpretiert sind, in ein Bezugssystem gebracht werden. Die ‚Dokumentation‘ definiert sich als das Sammeln, Erschließen, Ordnen und Aufbewahren von Informationen mit der Absicht, diese im weiteren Verlauf für ein definiertes Ziel nutzbar zu machen (Leiner et al., 2012, S. 1). Ein Dokument stellt eine entsprechend strukturierte Zusammenfassung einzelner Daten dar, der das Ziel zugewiesen ist, diese Daten in einen nötigen Zusammenhang für eine definierte Funktion zu stellen (Leiner et al., 2012, S. 21). Dokumentation dient dazu, berechtigten Akteurinnen bzw. Akteuren gezielt Informationen verfügbar zu machen. Es gilt daher im Sinne der Informations- und Wissenslogik, *„[d]ie richtige Information (z.B. zum Patienten) bzw. das richtige Wissen (z.B. über Krankheiten) zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort den richtigen Personen in der richtigen Form zur Verfügung [zu] stellen.“* (Leiner et al., 2012, S. 9)

Grundsätzlich sollen folgende Nutzeneffekte durch ein funktionierendes Datenmanagement erzielt werden (CCIV, 2011, S. 172):

- Qualitätssteigerung der Versorgung durch zeitnahe Verfügbarkeit von administrativen und medizinischen Daten im Behandlungsprozess,
- Unterstützung der Entscheidungsfindung und Behandlung durch Kenntnis der Krankengeschichte,
- Unterstützung der Zusammenarbeit von involvierten Akteurinnen bzw. Akteuren,
- Sicherstellung einer standardisierten Kommunikation,
- Verbesserung der Kommunikation und Information mit/für Patientinnen bzw. Patienten und Angehörige,
- Steigerung der Datenqualität und Informationsweitergabe durch Standardisierung,
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen und
- Verringerung des Verwaltungsaufwandes für Patientinnen bzw. Patienten sowie GDL.

Das bedeutet, Datenmanagement sorgt dafür, dass den Akteurinnen bzw. Akteuren im Disease-Management die benötigten Informationen zeitgerecht (bestenfalls in Echtzeit) zur Verfügung stehen. Dies fördert die Kommunikation aller Beteiligten und erleichtert durch die elektronische Unterstützung zentraler Prozesse die Vernetzung der einzelnen Akteurinnen bzw. Akteure miteinander. Darüber hinaus werden bestimmte dokumentierte Daten als Basis für Evaluation, Qualitätsmanagement und Leistungsabrechnung/Vergütung im Disease-Management herangezogen.

eHealth/mHealth

Der Begriff ‚eHealth‘ (electronic Health) umfasst elektronisch unterstützte Aktivitäten im Gesundheitswesen und stellt damit einen Sammelbegriff für Tools und Dienste dar, die Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) nutzen (Europäische Kommission, o.D.). Kennzeichen von eHealth stellen insbesondere die Information, Kommunikation, Dokumentation und Vernetzung dar (Matusiewicz, 2018a). Die wachsende Verbreitung des Internets wie auch die zunehmende Nutzung von Smartphones und Tablets führen dazu, dass auch sogenannte ‚mHealth‘ (mobile Health) Anwendungen im Sinne von medizinischen Verfahren und Maßnahmen, die auf mobilen Geräten angeboten werden, zunehmend ein Thema für Krankenversicherungen, GDL und auch Patientinnen bzw. Patienten bzw. Versicherte werden (Matusiewicz, 2018b).

Durch die Nutzung von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitsbereich – und im Speziellen die Verwendung von mHealth – kann beispielsweise ein frühzeitiges Erkennen von Krankheiten bzw. von Veränderungen im Krankheitsverlauf sowie ein besseres Management chronischer Krankheiten unterstützt werden. Die Anwendung von mHealth bildet somit einen interessanten Ansatz, um künftigen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens adäquat zu begegnen. Diese Überlegungen veranlassten die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dazu, den ‚European mHealth Innovation and Knowledge Hub‘ (mHealth Hub) einzurichten, um nationale Erfahrungen im Bereich von mHealth zu sammeln, Informationen diesbezüglich auszutauschen und einzelne Regionen beim Aufbau von mHealth-Programmen zu unterstützen (Andalusian Agency for Healthcare Quality, o.J.).

Elektronische Gesundheitsakte

Das Konzept der eHealth umfasst eine Vielzahl an Anwendungen wie beispielsweise die elektronische Gesundheitsakte (ELGA). Diese stellt ein Informationssystem dar, das Patientinnen bzw. Patienten und berechtigten Gesundheitsdiensteanbieterinnen bzw. -anbietern den Zugang zu Gesundheitsdaten (derzeit e-Befunde und e-Medikation) erleichtert. Die elektronische Gesundheitsakte zielt auf einen besseren Informationsfluss ab, insbesondere, wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen oder Berufsgruppen entlang einer Behandlungskette bei der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlung und Betreuung zusammenarbeiten (BMSGPK, 2019a). Anzumerken ist jedoch, dass die Vollständigkeit von ELGA gemäß strategischer Zielsetzung noch nicht gegeben ist (wie beispielsweise Rollout Pflegeeinrichtungen oder niedergelassene private Labor- und Radiologieinstitute) (ELGA GmbH, 2018, S. 47).

Der angestrebte Nutzen von ELGA für Patientinnen bzw. Patienten (BMSGPK, 2019a) setzt sich zusammen aus:

- Steigerung der Sicherheit von Patientinnen bzw. Patienten,
- Verbesserung von Behandlungsqualität,
- Einfache Zugriffsmöglichkeit auf eigene Befunde über das ELGA-Portal,
- Steigerung der persönlichen Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) und
- Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und Doppelverschreibungen.

Der angestrebte Nutzen für Spitäler, Ärztinnen bzw. Ärzte, Apotheken, Pflegeeinrichtungen (BMSGPK, 2019a) umfasst:

- Zeitnahe Verfügbarkeit relevanter Informationen,
- Vermeidung möglicher Behandlungs-/Betreuungsfehler,
- Organisationsübergreifender Informationsfluss und folglich bessere Zusammenarbeit,
- Integrierte Versorgungsprozesse und
- Einheitliche, qualitätsgesicherte Standards.

Als technische Basis für den e-Impfpass (eHealth-Anwendung gemäß GTelG 2012) dient ELGA. Dieser ist zwar in das Zugangsportal von ELGA integriert und nutzt die für ELGA geschaffene technische Infrastruktur, ist aber selbst kein Teil davon (BMSGPK, 2021).

Elektronische Krankenversicherungskarte (e-card)

Ursprünglich als Ersatz für den ‚Krankenschein‘ eingeführt, wurde das e-card-System, das nach dem Zwei-Schlüssel-Prinzip funktioniert, laufend um Anwendungen erweitert, die sowohl für die Patientinnen bzw. Patienten als auch für Gesundheitsdiensteanbieterinnen bzw. -anbieter nützlich sind. Papierprozesse werden durch elektronische Lösungen ersetzt, wodurch administrative Erleichterungen für Patientinnen bzw. Patienten und genannte Anbieterinnen bzw. Anbieter entstehen. Beispiele diesbezüglich stellen das Arzneimittel-Beihilfungs-Service (ABS), das elektronische Kommunikationsservice (eKOS; e-Zuweisung) oder das Dokumentationsblattannahme-Service (DBAS, beispielsweise Erfassung und Übermittlung des Dokumentationsbogens im Disease-Management-Programm ‚Therapie Aktiv – Diabetes im Griff‘) dar (SVC, o.D.a).

Die Datenübertragung im e-card-System erfolgt über das Gesundheits-Informationsnetz (GIN)² für Ärztinnen bzw. Ärzte und Apotheken sowie über das eHI-Net für Krankenanstalten. Diese Systeme zeichnen sich durch hohe Anforderungen an Sicherheit, Verfügbarkeit und Qualität aus. Zugriff besteht lediglich für berechnigte Anwenderinnen/Anwender im Gesundheitsbereich wie z.B. Ärztinnen bzw. Ärzte, Krankenhäuser oder Apotheken (SVC, o.D.a).

Das Service ‚Therapie Aktiv Verwaltung‘ (TAV) beispielsweise unterstützt bei der Verwaltung der administrativen Daten im Disease-Management-Programm (DMP) ‚Therapie Aktiv – Diabetes im Griff‘, indem folgende Abläufe elektronisch über das e-card-System abgewickelt werden können (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021b, S. 5):

- Einschreibung von Patientinnen bzw. Patienten in das Programm ‚Therapie Aktiv – Diabetes im Griff‘,
- Nachverfolgung der Einschreibungen,
- Austritt von Patientinnen bzw. Patienten aus dem Programm,
- Abfragen über betreute Patientinnen bzw. Patienten bzw. über Betreuungsverhältnis und
- Abrufen administrativer Informationen, die von der ‚Therapie Aktiv‘-Administrationsstelle bereitgestellt werden.

1.1.3. Telemonitoring

Unter Telemonitoring wird die Verwendung von Audio, Video und anderen Telekommunikationstechnologien zur medizinischen Überwachung des Gesundheitszustandes von Patientinnen bzw. Patienten aus der Ferne verstanden (P. Beck, 2010, S. 64). Es lassen sich mehrere Formen der Fernüberwachung unterscheiden (Brahmbhatt & Cowie, 2019, 86ff):

- Telefonischer Support: Strukturierte telefonische Unterstützung durch qualifizierte Personen wie beispielsweise Herzinsuffizienz-Pflegepersonal,
- Standalone-Geräte: Nicht-invasive Telemonitoring-Systeme für die Messung von bestimmten Parametern wie Blutdruck, Herzfrequenz, Gewicht, Sauerstoffsättigung etc. zu Hause, oftmals in Kombination mit automatisierter Abfrage von Symptomen. Diese Messdaten werden dann über telefonbasierte Systeme oder das Internet an das Herzinsuffizienzmanagement gesendet,
- Kardial implantierte elektronische Geräte: Implantate zur Überwachung der Hämodynamik oder Therapiegeräte wie Herzschrittmacher und implantierbare Kardioverter/Defibrillatoren, die durch die Fülle an aufgezeichneten Daten eine wertvolle Unterstützung für das Herzinsuffizienzmanagement darstellen können,

² Unter GINA (Gesundheits-Informations-Netz-Adapter) wird die Hardware, auf der die verfügbaren Software-Anwendungen (e-card Applikation) für den Standort (Ordination, Apotheke, Krankenhaus, Institut, etc.) installiert sind, verstanden. Ab 2022 erfolgt die Einführung eines neuen Kartenlesegerätes. Damit laufen Anwendungen des e-card Systems nicht mehr auf lokalen GINAs, sondern werden ins e-card Rechenzentrum verlagert (GINS: Gesundheits-Informations-Netz-Service) (SVC, o.D.b).

- ‚Wearables‘³: Tragbare Technologien wie Pflaster, Uhren oder Textilien, die beispielsweise zur Überwachung von Körpertemperatur oder Blutzuckerkonzentration genutzt werden.

Telemonitoring soll in diesem Verständnis nicht als eine bestimmte vorgegebene Technologie gesehen werden. Ein technisch offenes Verständnis bzw. eine breite funktionelle Definition ist insbesondere aufgrund der raschen technologischen Entwicklungen essentiell.

Patientinnen bzw. Patienten, die an einer Herzinsuffizienz leiden, bedürfen einer regelmäßigen Kontrolle ihrer Vitalparameter, vor allem von Blutdruck und Herzfrequenz sowie ihres Körpergewichts. Statt für notwendige regelmäßige Kontrollen medizinische Einrichtungen aufsuchen zu müssen, können Patientinnen bzw. Patienten zu Hause mit einem entsprechenden Telemonitoring-Set diese Parameter zur Kontrolle an das medizinische Fachpersonal weiterleiten. Telemonitoring kann zudem durch die Überwachung und automatische Übertragung medizinischer Messdaten von Patientinnen bzw. Patienten an medizinisches Fachpersonal als Frühwarnungssystem dienen und Hinweise auf krankheitsbedingte Zustandsveränderungen geben. Der Vorteil von der Anwendung von Telemonitoring liegt dabei in einer schnelleren Reaktionsmöglichkeit auf Verschlechterungen im Vergleich zu beispielsweise ambulanten Routineuntersuchungen in festgelegten Abständen (vgl. Teil IV Telemonitoring).

Neben der beschriebenen Funktion als Frühwarnsystem kann das Telemonitoring, abhängig von der verwendeten Technologie, auch zum Zwecke der Kommunikation eingesetzt werden. Z.B. kann eine Lösung mittels Smartphone-App einen zusätzlichen Kommunikationskanal mit geschultem Pflegepersonal eröffnen, indem sich Patientinnen bzw. Patienten bei spontan auftretenden Fragen und Unsicherheiten direkt an diese wenden können (vgl. Teil IV Telemonitoring). Eindeutig ist aber, dass Konzepte wie das ‚Shared Decision Making‘ oder ‚Empowerment‘ alleine durch passives Telemonitoring im Sinne von Datenerhebung und Übermittlung nicht ermöglicht werden.

Insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes können durch Telemonitoring u.a. folgende Nutzeneffekte erzielt werden (BMSGPK, 2019b):

- Stärkung einer autonomen Lebensführung der Patientinnen bzw. Patienten in ihrem gewohnten sozialen Umfeld,
- Bessere Erfassung von kurzfristigen Schwankungen der Vitalparameter,
- Verminderung des Zeitintervalls zwischen Beschwerdebeginn und Anforderung medizinischer Hilfe und
- Reduktion von Hospitalisierungen bzw. von Routinekontakten (Nachsorge).

³ Unter Wearables sind Computertechnologien zu verstehen, die am Körper oder am Kopf getragen werden. Sie stellen einen Teil des Internets der Dinge dar und dienen zumeist der Unterstützung einer Tätigkeit in der realen Welt in Form von Information, Auswertungen sowie Anweisungen (Bendel, 2019).

Wesentlich ist dabei jedoch die klare Abgrenzung von Telemonitoring zum Begriff der ‚Telemedizin‘. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2019b) definiert ‚Telemedizin‘ als Bereitstellung oder Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens unter Zuhilfenahme von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wobei die Patientin bzw. der Patient und Gesundheitsdiensteanbieterinnen bzw. -anbieter physisch nicht am selben Ort anwesend sind. Eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung von Telemedizin stellt dabei die sichere Übertragung von Daten in Form von Text, Ton und/oder Bild dar. Der Begriff der ‚Telemedizin‘ umfasst somit eine große Vielfalt an Anwendungen, wie auch das beschriebene Telemonitoring, aber beispielsweise auch die Teletherapie, das Telekonsil oder die Telekonferenz (BMSGPK, 2019b).

1.2. Zielsetzungen

Das vorliegende Konzept zum Organisations- und Datenmanagement stellt einen übergeordneten Rahmen für das DM(P) CHI und seine Komponenten dar und legt neben organisatorischen Empfehlungen auch Anforderungen an die Dokumentation im Disease-Management und für die Organisation der Weitergabe der dokumentierten Daten dar.

1.2.1. Organisationsmanagement

Das Konzept bündelt jene aus Organisationssicht für den Aufbau und den Ablauf im laufenden Betrieb wesentlichen und nötigen Empfehlungen aus dem medizinischen Konzept sowie aus den übrigen Teilkonzepten. Es beschreibt somit die Bestandteile des Organisationsmodells. Als Ziel wurde die Definition eines praxistauglichen Organisationsmodells für den Betrieb des DM(P) CHI festgelegt.

Neben diesen Vorgaben ist es jedoch auch wesentlich, dass im Disease-Management Möglichkeiten für die Anpassbarkeit unter Berücksichtigung bestehender regionaler Gegebenheiten sichergestellt werden. Dies ist insbesondere deshalb nötig, da einerseits pro Bundesland teils unterschiedliche Versorgungslandschaften gegeben sein können und andererseits durch in Umsetzung befindliche Projekte schon bestimmte Elemente einer CHI-Versorgung (z.B. Telemonitoring) etabliert sind. Wie bereits erwähnt, sollen die Empfehlungen des Konzepts deshalb nicht als starre Vorgaben verstanden werden, sondern im Bedarfsfall nach Möglichkeit auch Raum für variable patientinnen- bzw. patientenzentrierte Versorgungsstrategien bieten und flexible Anpassungen betreffend Aufbau- und Ablauforganisation offen lassen.

Die zentralen Fragestellungen, denen im Rahmen des Konzepts aus Organisationssicht nachgegangen wurde, umfassen folgende Schwerpunkte:

- Identifikation der Akteurinnen bzw. Akteure im DM(P) CHI entsprechend den Vorgaben des medizinischen Konzepts sowie auf Grund der Anforderungen des DM(P) CHI und der Teilkonzepte,
- Definition von Aufgaben bzw. Verantwortungsbereichen der identifizierten Akteurinnen bzw. Akteure des DM(P) CHI (Ergebnis: Rollenkonzept),
- Definition von Aufgaben bzw. Verantwortungsbereichen einer Programmkoordination,
- Identifikation und Definition von zentralen versorgungsrelevanten und administrativen Prozessschritten im DM(P) CHI (Ergebnis: visualisierte Darstellung der zentralen Prozessschritte im DM(P) CHI) und

- Gesamthafte Darstellung der versorgungsrelevanten Abläufe (Ergebnis: Versorgungspfad).

Zu den Nicht-Zielen des Konzepts gehören die Beschreibung der organisatorischen und personellen Voraussetzungen im Rahmen der Implementierungsphase des DM(P) CHI sowie die Vorgabe von benötigten juristischen Dokumenten wie diverse Verträge und Vereinbarungen. Dies muss im Zuge einer DM(P) CHI-Umsetzung angepasst an den Bedarf spezifiziert werden.

1.2.2. Datenmanagement

Im DM(P) CHI sind (je nach konkreter Ausgestaltung des Disease-Managements) zahlreiche institutionsübergreifende Behandlungsprozesse möglich. Für die folgenden Akteurinnen bzw. Akteure ist daher gemäß des medizinischen Rahmenkonzepts (vgl. Teil I) die rechtzeitige Verfügbarkeit von wichtigen und richtigen Daten und Informationen sicherzustellen:

- Medizinische Grundversorgung, Hausärztin bzw. Hausarzt,
- Niedergelassene Fachärztin bzw. niedergelassener Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie,
- HI-Spezialistin bzw. -Spezialist, Spezialambulanz,
- Krankenhaus/stationär,
- Rehabilitation,
- Disease-Management-Koordination,
- Pflegeversorgung/Betreuung und
- Patientin bzw. Patient und An- bzw. Zugehörige.

In der Praxis zeigt sich vielfach, dass die geforderte Datenverfügbarkeit einen der großen Stolpersteine bei der Umsetzung von strukturierten Versorgungsprogrammen darstellen kann. Die Herausforderung des Managements von Daten im Zusammenhang mit der Implementierung von DMPs bestätigen u.a. Erfahrungsberichte aus Deutschland⁴ oder Erkenntnisse aus Österreich beispielsweise durch den Betrieb des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (BKFP) (vgl. notwendige Verknüpfung von intra- und extramuralen Daten). Ein durchdachtes elektronisches Datenmanagementsystem kann daher einen zentralen Erfolgsfaktor darstellen, um das DM(P) CHI in der Praxis gut zu realisieren. Primäres Ziel bei der Erstellung des Konzeptes war es daher, Anforderungen an die Dokumentation im Disease-Management und für die Organisation der Weitergabe der dokumentierten Daten möglichst umfassend, klar und präzise zu formulieren, um in einem weiteren Schritt im Rahmen eines konkreten Umsetzungskonzepts zu einem raschen und sinnvollen Lösungsweg (für die jeweilige Umsetzungsform) zu gelangen.

Folgende Prämissen wurden dabei zugrunde gelegt:

- Anwendbarkeit und Benutzerinnen- bzw. Benutzerfreundlichkeit,
- Integration in bestehende Prozesse,

⁴ Vgl. digitale Informationsveranstaltung des CCIV „Vernetzte Herzen schlagen länger“ 2020, Video zur Keynote „Was sind die Erfolgsfaktoren, um ein Rahmenkonzept gut in die (hausärztliche) Praxis zu bringen?“ Dr. Burkhard John, Vorsitzender KV Sachsen-Anhalt

- Interoperabilität mit bestehenden Systemen und
- Datenschutz und -sicherheit.

Nicht-Ziel war die Erarbeitung eines technischen Produkts im Sinne einer Programmierung/Softwareentwicklung.

1.3. Methodisches Vorgehen

Der methodische Aufbau des Konzepts umfasst zwei zentrale Herangehensweisen: In einem ersten Schritt wurden Grundlagen aus der Literatur, den Teilkonzepten des Rahmenkonzepts bzw. aus diversen thematisch verwandten Vorarbeiten herangezogen. Ergänzend dazu wurden Sichtweisen und Anforderungen von relevanten Expertinnen bzw. Experten, die im Rahmen ihrer Tätigkeiten in verschiedenen (Versorgungs-)Rollen und auf verschiedenen Ebenen an der Versorgung von Personen mit chronischer Herzinsuffizienz beteiligt sind, im Rahmen einer Online-Expertinnen- bzw. -Expertenbefragung eingeholt. In einem abschließenden Schritt wurde ein umfassender Prozess zur Abstimmung und Qualitätssicherung der Inhalte des Konzepts eingeleitet.

1.3.1. Grundlagen

Zunächst ergeben sich die Grundlagen des Konzepts u.a. aus den bereits bestehenden bzw. in Arbeit befindlichen Teilkonzepten. Darunter fallen neben den Inhalten aus dem medizinischen Rahmenkonzept inkl. der Pfade auch Vorgaben aus den folgenden Teilkonzepten:

- Studie ‚Barrieren und Motivatoren im Zusammenhang mit der Verwendung von Telemonitoring durch Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz‘,
- Teilkonzept ‚Fortbildung von Gesundheitsberufen‘,
- Teilkonzept ‚Empowerment von Patientinnen bzw. Patienten‘,
- Teilkonzept ‚Qualität- und Risikomanagement‘ und
- Teilkonzept ‚Evaluation‘,
- Teilkonzept ‚Vergütung‘ und
- Teilkonzept ‚Kommunikation und Marketing‘.

Neben den genannten projektinternen Vorgaben und Empfehlungen wurden u.a. auch folgende zentrale, weitere Grundlagen für die Konzeptentwicklung analysiert und berücksichtigt:

- Positionspapier der Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der ÖKG (Mörtl et al., 2017),
- Leitlinie der European Society of Cardiology zur chronischen Herzinsuffizienz (DKG & ESC, 2017; Ponikowski et al., 2016a),
- IQWiG-Bericht – Nr. 342: Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronische Herzinsuffizienz (IQWiG, 2015),
- NICE Guideline „Chronic heart failure in adults: diagnosis and management“ (NICE, 2018),
- Nationale Versorgungsleitlinie chronische Herzinsuffizienz (BÄK, KBV & AWMF, 2019) und
- Weitere Grundlagendokumente (rechtliche Rahmenbedingungen und Leitlinien).

Im Rahmen der Erstellung des Konzeptes war es wesentlich, sicherzustellen, dass die Empfehlungen mit den einzelnen Versorgungsoptionen korrespondieren (vgl. med. Rahmenkonzept) und aus den dokumentierten Daten heraus vergleichende Analysen (Qualitätsmanagement, Evaluierung) möglich sind.

1.3.2. Online-Expertinnen- bzw. -Expertenbefragung

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Online-Befragung wurden auf das Organisationsmanagement und Datenmanagement, dabei speziell auf die Erhebung von Sichtweisen betreffend der Herausforderungen, Anforderungen, Aufgabenprofile bzw. Verantwortungsbereiche von Akteurinnen bzw. Akteuren, Anforderungen an ein Datenmanagementsystem und mögliche Hürden gelegt. Der Online-Befragung wurde ein umfangreicher Fragebogen zugrunde gelegt, der jedoch aufgrund diverser Filterungsmöglichkeiten nach Berufsgruppen bzw. Tätigkeitsbereichen der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer ein individuell gestaltbares und praktikables Ausmaß umfasste. Die durchschnittliche Teilnahme-/Befragungsdauer wurde auf rund 15 bis 20 Minuten geschätzt.

Neben der inhaltlichen und fachlichen Vorabstimmung mit ausgewählten externen Expertinnen bzw. Experten wurde ein Pretest initiiert, um sowohl die Niederschwelligkeit als auch die Funktionalität des Online-Fragebogens zu prüfen. Die Befragung fand im Zeitraum vom 20. April bis 16. Mai 2021 statt. Ein Reminder wurde am 10. Mai 2021 versandt. Umgesetzt wurde die Befragung mit dem Tool ‚LimeSurvey‘.

Um ein möglichst vielschichtiges Bild zu erhalten, war der Verteiler für die Befragung sehr breit gefächert und umfasste zum einen diverse (systemseitige) Expertinnen bzw. Experten aus der Sozialversicherung, den Ländern, der Gesundheit Österreich GmbH und Patientenvertretungen. Zum anderen wurde (anwenderseitig) ein Sample direkt aus der Ärzteschaft (rund 200 Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner und PVE) gezogen. Ergänzt wurde dieser Verteiler um die Mitglieder des Vernetzungsgremiums (primär bestehend aus Kardiologinnen bzw. Kardiologen, Internistinnen bzw. Internisten und Vertreterinnen bzw. Vertretern von HI-Ambulanzen), die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin und Berufsvertretungen, wie u.a. dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, dem Verband der Diätologen Österreichs, der Physio Austria, dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen sowie dem Berufsverband der ArztassistentInnen Österreich. Die eingeladenen Personen wurden auch ersucht, die Befragung ggf. an Kolleginnen bzw. Kollegen ihrer Institutionen oder an weitere Personen mit entsprechender Expertise weiterzuleiten.

1.3.3. Qualitätssicherung des Konzepts

Zur Klärung von spezifischen Fragestellungen und im Sinne der Qualitätssicherung wurden Expertinnen bzw. Experten mit spezifischer Fachexpertise punktuell als Korrektiv bzw. in beratender Funktion einbezogen. Dadurch wurde sichergestellt, dass diverse Inputs aus unterschiedlichen Praxisblickwinkeln auf schnellem, direkten Weg einbezogen werden können. In den Konsultationsprozess wurden folgende Personen(-gruppen) eingebunden:

- Personen bzw. Institutionen mit spezifischer Expertise im Bereich der Planung und Umsetzung von Disease-Management-Programmen (z.B.: ‚Therapie Aktiv – Diabetes im Griff‘, ‚netzwerk aktiv – besser leben mit demenz‘),
- Prozessmanagement-Office der Österreichischen Gesundheitskasse,
- Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin,

- Michael Eheim (Dachverband der Sozialversicherungsträger),
- Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörtl (ÖKG/AG Herzinsuffizienz).

Entsprechend der bewährten Vorgehensweise bei der Erstellung anderer Teilkonzepte fand nach Abschluss der Konzepterstellung ein SV-interner und SV-externer Expertinnen- bzw. Expertenreview zur Sicherstellung der Qualität des Teilkonzepts statt. Dieser richtete sich an einen breiten Expertinnen- bzw. Expertenkreis bestehend aus Mitgliedern des Vernetzungsgremiums. Darüber hinaus wurden auch weitere wesentliche Stakeholder und Expertinnen bzw. Experten, SV-interne Kolleginnen bzw. Kollegen, die Patientenvertretung, Vertreterinnen bzw. Vertreter des Bundes, der Länder sowie der Berufsverbände eingeladen, am Review teilzunehmen.

2. ERGEBNISSE DER ONLINE-EXPERTINNEN- BZW. -EXPERTEN-BEFragung

2.1. Statistischer Hintergrund der Befragten

Der Altersschwerpunkt der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer, die statistische Angaben gemacht haben, lag zwischen 51 und 60 Jahren. In der Geschlechterverteilung zeigte sich in der Anzahl kein nennenswerter Unterschied bei den Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern. Die Mehrheit der teilnehmenden Personen übt ihre berufliche Tätigkeit in Oberösterreich, der Steiermark sowie in Wien und Niederösterreich aus, während Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer aus Salzburg, Vorarlberg, dem Burgenland, Kärnten und Tirol wenig vertreten waren. Die Auswertung der Berufsgruppe bzw. des Tätigkeitsbereichs zeigt, dass die Mehrheit der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer (n=8) als Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner tätig sind. Mit jeweils acht Nennungen waren auch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger sowie Diätologinnen bzw. Diätologen verhältnismäßig stark vertreten. Die ‚systemische Sicht‘ war durch fünf Personen aus dem Projektmanagement gegeben. Das Setting der Befragten zeigt, dass die Mehrheit der Befragungsteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer dem Krankenanstaltenbereich (9 stationär und 6 ambulant) sowie dem niedergelassenen Bereich (7 Einzelpraxis, 6 Gruppenpraxis und 5 PVE) zugeordnet werden kann. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer (n=31) ist dabei bereits seit 15 Jahren oder länger im aktuell überwiegend ausgeübten Beruf tätig.

Die folgende Tabelle stellt die statistischen Merkmale der befragten Personen im Detail dar.

Tabelle 1: Statistische Merkmale der befragten Personen

Statistische Merkmale		
Alter		
	n	%
< 30 Jahre	1	1%
30-40 Jahre	9	13%
41-50 Jahre	8	12%
51-60 Jahre	14	21%
> 60 Jahre	9	13%
Keine Antwort	26	39%
Geschlecht		
	n	%
Weiblich	22	33%
Männlich	19	28%
Keine Antwort	26	39%
Bundesland		
	n	%
Wien	7	10%
Niederösterreich	7	10%
Burgenland	2	3%
Steiermark	8	12%
Kärnten	3	4%
Oberösterreich	8	12%
Salzburg	1	1%
Tirol	4	6%
Vorarlberg	2	3%
Keine Antwort	25	37%
Berufsgruppe bzw. Tätigkeitsbereich¹		
	n	%
Arzt für Allgemeinmedizin	13	19%
Facharzt für Innere Medizin	3	4%
Facharzt für Kardiologie	5	7%
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege	8	12%
Ordinationsassistentz	0	0%
Mobile Pflege/Pflegefachassistentz	2	3%
Physiotherapie	0	0%
Diätologie	8	12%
Psychotherapie	0	0%
Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie	1	1%
Patientenvertretung	0	0%
Projektmanagement	6	9%
Sonstiges	5	7%
Keine Antwort	25	37%

Statistische Merkmale		
Berufliches Setting ¹		
	n	%
Niedergelassener Bereich – Einzelpraxis	7	10%
Niedergelassener Bereich – Gruppenpraxis	6	9%
Niedergelassener Bereich – Primärversorgungseinrichtung	5	7%
Niedergelassener Bereich – Primärversorgungsnetzwerk	0	0%
Häusliche Pflege	2	3%
Krankenanstalt – Ambulanz	6	9%
Krankenanstalt – Station	9	13%
Rehabilitationsbereich	3	4%
Ausbildungsbereich	2	3%
Berufsvertretung	2	3%
Bund/Ländervertretung/Verwaltung	4	6%
Sozialversicherung	3	4%
Sonstiges	5	7%
Keine Antwort	25	37%
Dauer der beruflichen Tätigkeit		
	n	%
< 5 Jahre	2	3%
5 bis 15 Jahre	9	13%
> 15 Jahre	31	46%
Keine Antwort	25	37%

n=67

¹ Mehrfachauswahl möglich

2.2. Herausforderungen in der Versorgung und Anforderungen an ein DM(P) CHI aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten⁵

Im Fragebogen waren zum Schwerpunkt ‚Organisationsmanagement‘ zwei offene Fragestellungen, zum Schwerpunkt ‚Datenmanagement‘ eine offene Frage inkludiert. Diese dienten dazu, einen qualitativen Zugang zur Sichtweise der Expertinnen bzw. Experten zu erhalten. Ziel dabei war es, einerseits Erkenntnisse zu den Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag im Zusammenhang mit der Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI zu gewinnen und andererseits herauszufinden, welche konkreten Anforderungen seitens der Expertinnen bzw. Experten an die Ausgestaltung eines Disease-Managements gestellt bzw. welche Hürden bei der Implementierung gesehen werden.⁶ Die Fragestellungen führten zu umfassenden Rückmeldungen der teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten, die in der Folge inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Dabei wurden die erhaltenen

⁵ Es ist zu beachten, dass die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse die Meinungen und Sichtweisen einzelner Expertinnen bzw. Experten wiedergeben. Eine Prüfung und Bewertung der Evidenz der genannten Maßnahmen wurde nicht vorgenommen.

⁶ Frage 1: Welche Herausforderungen sehen Sie im derzeitigen Versorgungsalltag im Zusammenhang mit der Betreuung von Personen mit chronischer Herzinsuffizienz?

Frage 2: Welche konkreten Anforderungen stellen Sie an die Ausgestaltung eines Disease-Managements für Personen mit chronischer Herzinsuffizienz? Welche organisatorischen Rahmenbedingungen und Aspekte bzw. Erfordernisse (z.B. strukturelle Bestandteile, Tools) sind aus Ihrer Sicht für den erfolgreichen Betrieb eines Disease-Managements nötig?

Frage 3: Wo sind aus Ihrer Sicht die größten Stolpersteine/Hürden bei der Implementierung eines elektronischen Datenmanagementsystems zu erwarten?

Antworten nach Themenschwerpunkten gegliedert und einer übergeordneten Kategorisierung zugeteilt. Folgende Kategorisierungen waren aufgrund des Datenmaterials hinsichtlich der Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag möglich (siehe Abbildung 1):

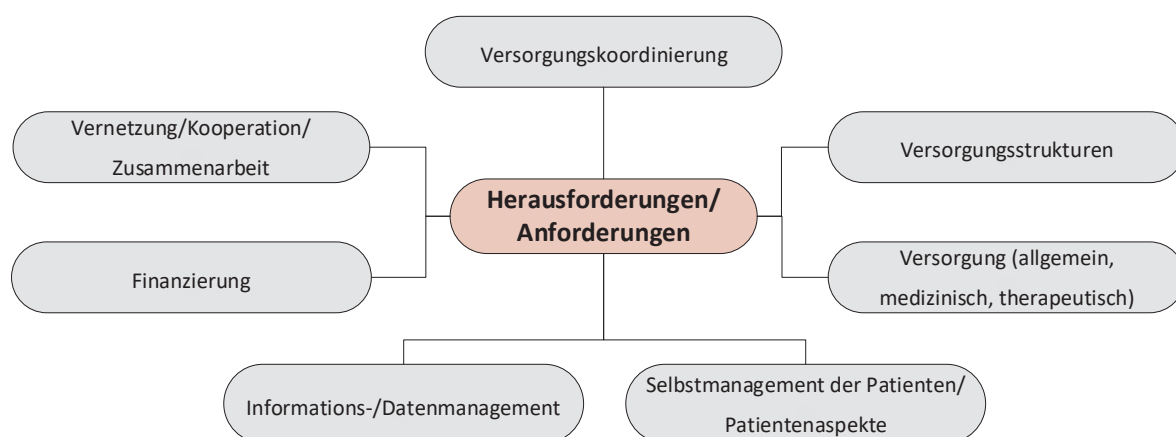


Abbildung 1: Kategorisierung der Herausforderungen und Anforderungen

In den folgenden Tabellen werden für diese Kategorisierungen die konkreten Herausforderungen, die seitens der Expertinnen bzw. Experten genannt wurden den Anforderungen gegenübergestellt.

Im Bereich der Vernetzung, der Kooperation bzw. der Zusammenarbeit unter den GDL wurde kritisiert, dass interprofessionelle bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders im extramuralen Bereich nur selten stattfindet. Dieser Umstand wird beispielsweise durch eingeschränkte persönliche Erreichbarkeiten in div. Fachabteilungen/Ambulanzen zusätzlich erschwert. Die Expertinnen bzw. Experten sehen diesbezüglich Maßnahmen, die eine optimierte Einbindung nötiger Berufsgruppen und deren Zusammenarbeit fördern, wie z.B. ein regelmäßiger und strukturierter Austausch zwischen niedergelassenem und Krankenhaus-Bereich, als notwendige Anforderungen an ein DM(P) für CHI.

Tabelle 2: Vernetzung/Kooperation/Zusammenarbeit

Vernetzung/Kooperation/Zusammenarbeit	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
• Interprofessionelle Zusammenarbeit findet selten statt, • Keine Zusammenarbeit ‚auf Augenhöhe‘ • Fehlende Interdisziplinarität im extramuralen Bereich, • Schnittstellenproblematiken: - Hausarzt – Facharzt - Krankenhaus – niedergelassener Bereich: Empfehlungen aus dem Krankenhaus werden nicht umgesetzt (z.B.: Laborkontrollen, Titration von Medikamenten), • ‚Drehtüreffekt‘, • Erschwerte Zusammenarbeit/Kooperation mit Fachabteilungen/Ambulanzen und FÄ durch schwierige Erreichbarkeit für Rückfragen (KH).	• Interprofessionelle Zusammenarbeit findet selten statt, • Professionelles, multidisziplinäres, gut abgestimmtes und möglichst stabiles Betreuungsteam, • Interprofessionelle Primärversorgung mit Medizin, Pflege und Therapie, • Zusammenarbeit Pflege und Medizin (z.B.: im Rahmen von Hausbesuchen), • Einbindung von Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit, Diätologie, Psychologie, • Regelmäßiger, strukturierter Austausch zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich.

Die Koordinierung der Versorgung wird unter anderem durch fehlende Versorgungskontinuität, wechselnde Zuständigkeiten und fehlende klare Behandlungskonzepte erschwert. Daraus ergibt sich die seitens der Expertinnen bzw. Experten geäußerte Anforderung einer hausarztzentrierten Versorgung, in welcher die Führung der Patientinnen bzw. Patienten in der Primärversorgung angesiedelt ist. Es benötigt eine Person, welche das Management der Behandlung und Betreuung koordinierend übernimmt. Darüber hinaus wird eine koordinierte Versorgung durch klare Zuständigkeiten und Rollen-/Aufgabenverteilungen unterstützt.

Tabelle 3: Versorgungskoordination

Versorgungskoordination	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
• Häufig fehlende Kontinuität der Versorgung, • Viele stationäre Aufenthalte, • Wechselnde Zuständigkeiten in Ambulanzen, • Unklarheit hinsichtlich patientenführender Stelle, • Mangelnde Struktur der Betreuung, fehlendes klares Konzept.	• Hausarztzentrierte Versorgung/Patientenführung durch die Primärversorgung, • ‚Zuständige‘ Person für das interdisziplinäre Management der Behandlung und Betreuung und für die Einbindung allfällig notwendiger weiterer Disziplinen, • Case Management/DM(P)-Koordination für Patienten, • ‚Gute‘ Begleitung, • Klärung von Zuständigkeiten und klare Rollen-/Aufgabenverteilung, • Klare Struktur der Betreuung, • Regelmäßige Betreuung und gute Beziehungen zu therapeutischem Personal, • Ausreichend personelle Ressourcen, • Etablierung eines guten Terminmanagements.

Auf struktureller Ebene wurden von den Expertinnen bzw. Experten u.a. die fehlenden strukturierten Versorgungsprogramme bzw. der geringe Bekanntheitsgrad bestehender Versorgungsstrukturen als herausfordernd genannt. Weiters wurde angemerkt, dass die fehlenden multidisziplinären Strukturen im Allgemeinen sowie die fehlende Etablierung und Einbindung der Pflege im Sinne von ‚Community Nurses‘ (z.B. in PVEs) im Besonderen, Mängel innerhalb der derzeit verfügbaren Strukturen darstellen. Die Anforderungen spiegeln diese Herausforderungen wider. So wird von den Expertinnen bzw. Experten u.a. die Schaffung von HI-Schwerpunkt-Ordinationen, die Etablierung von Netzwerken und der Ausbau z.B. der Diätologie in der Primärversorgung als notwendig erachtet. Darüber hinaus wurden auf der systemischen Seite die Etablierung einer österreichweiten Koordinierungsstelle sowie die Schaffung von regionalen Administrationsstellen als weitere Anforderungen genannt.

Tabelle 4: Versorgungsstrukturen

Versorgungsstrukturen	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
• Kaum strukturierte Versorgungsprogramme, • Geringer Bekanntheitsgrad von vorhandenen Strukturen (z.B. ambulante Rehabilitationmöglichkeiten, Spezialisten), • Fehlende multidisziplinäre Strukturen im niedergelassenen Bereich, • Fehlende Community Nurses, • Erschwerte Diagnosemöglichkeiten im ländlichen Bereich.	• Schaffung von HI-Schwerpunkt-Ordinationen im niedergelassenen Bereich, • PVE mit Community Nurses, • Etablierung von Netzwerken, • Anpassung des DM(P) an Ordinationsabläufe, • Schaffung einer österreichweiten, telemedizinischen Betreuung, • Ausbau der Diätologie in der Primärversorgung inkl. Möglichkeit von Hausbesuchen, • Etablierung einer österreichweiten Koordinierungsstelle (einheitliche Steuerung des Programms, Gewährleistung einer möglichst einheitlichen Umsetzung, österreichweites Marketing, Evaluation, Schnittstelle zu den relevanten Fachgesellschaften), • Schaffung von regionalen Administrationsstellen (Betreuung des laufenden Betriebs, Abwicklung der Abrechnung/Honorierung, Verteilung von Informationsunterlagen, Schulungsplanung, Schnittstelle zur regionalen Ärztekammer und zum Gesundheitsfonds, Budgetplanung, regionales Marketing, Drehscheibe für allgemeine Arzt- und Patientenfragen).

Rückmeldungen betreffend die Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI umfassten u.a. Herausforderungen rund um die Diagnosestellung, die Medikation sowie die geringe Einbindung der Diätologie in die Versorgung. Dementsprechend beziehen sich die seitens der Expertinnen bzw. Experten genannten Anforderungen auf klare und strukturierte Diagnose- und Behandlungspfade, ein optimiertes Medikamentenmanagement und diverse Maßnahmen der Qualitätssicherung wie entsprechende Fortbildungs- und Qualifizierungsaktivitäten für involvierte GDL oder den Einsatz von Qualitätszirkeln und Fallbesprechungen. Ebenso wird die Einbindung der Diätologie, Physiotherapie/Bewegungstherapie, Sozialarbeit und psychologischen Begleitung als notwendig erachtet.

Tabelle 5: Versorgung (allgemein, medizinisch, therapeutisch)

Versorgung (allgemein, medizinisch, therapeutisch)	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
• Zu späte Diagnosestellung, • Unzureichende Diagnostik im geriatrischen Bereich, • Fehlende Expertise in der Primärversorgung, um eine Verdachtsdiagnose verlässlich stellen zu können, • Eingeschränkte Leitlinienadhärenz durch erschwerten Wissenstransfer der aktuellen Evidenz und Leitlinien an die niedergelassene Ärzteschaft, • Unzureichende Schulung der Hausärzte in der Diagnosestellung, • Herausforderung beim Aufdosieren der neurohumoralen Therapie, • Gratwanderung zwischen evidenzbasierter Medikation mit mehreren Wirkstoffen und Polypharmakotherapie, • Fehlende bzw. zu geringe Einbindung der Diätologie in interdisziplinären Teams (häufig erfolgt die Zuweisung zur Diätologie erst bei stark fortgeschrittener HI, wodurch eine Ernährungsberatung erst zu einem zu späten Zeitpunkt erfolgen kann), mangelhafte Erhebung des Ernährungszustandes, • Mangelnde Awareness gegenüber CHI und deren Relevanz seitens der Ärzteschaft, • Zu große Spitalslastigkeit und -häufigkeit der Versorgung, • Schwierigkeiten, Termine im fachärztlichen und ambulanten Bereich zu bekommen, • Fehlende Zeitressourcen erschweren es, sich auf die Begleitung umfassend einzulassen, • Unterschiedliche Leistungsgenehmigung bei den jeweiligen SV-Trägern, • Ernährungstherapie/Diätologische Versorgung derzeit nicht für alle zugänglich.	• Definition des Behandlungsziels, • Klare, strukturierte Diagnose- und Behandlungspfade, • Medikamentenmanagement, • Regelmäßige Echokardiographie im niedergelassenen Bereich, • Niederschwelliger Zugang für alle CHI-Patienten (chancengleiche Möglichkeit zur Einschreibung), • Hohe Serviceorientierung des DM(P), • Laufende Qualitätssicherung mit Konsequenzen bei Nichteinhaltung, • Angebot eines standardisierten Ausbildungsprogramms mit leitliniengerechtem Wissen über CHI erforderlich, • Qualifizierung der Allgemeinmediziner und Schulung von DGKPs, Ordinationsassistenten, Physiotherapeuten, Diätologen, • Angebot einer Ärztefortbildung mit Onlineversion, • Qualitätszirkel/Fallbesprechungen, • Einbindung von DGKPs zur Patientenbegleitung, • Regelmäßige Informations- und Beratungsgespräche durch DGKP im mobilen Setting (mind. monatlich, ggf. Hausbesuche), • Engmaschige Kontrollen des HI-Tagebuchs und rechtzeitige Therapieanpassung, • Telemedizin und Überwachung durch geschultes, erfahrenes Personal (DGKP, Ärzte, Diätologen etc.), • Einbindung von Diätologie, Physiotherapie/Bewegungstherapie, Sozialarbeit, • Vereinheitlichung der Leistungsabrechnung, • Rechtzeitiger Einbezug der Ernährungsberatung sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich zur Erhebung des Ernährungszustandes mit validierten Screening-Tools (z.B.: NRS 2002, MUST) und Monitoring der Patienten hinsichtlich der Einhaltung der Ernährungsempfehlungen, • Psychologische Begleitung für Empowerment, Compliance, Krankheitsbewältigung, Angehörigenbetreuung, Copingstrategien, Emotionsregulation und zur Vorbeugung psychischer Folgeerkrankungen.

Das Selbstmanagement der Patientinnen bzw. Patienten wird als sehr herausfordernder Bereich der Versorgung betrachtet. Seitens der Expertinnen bzw. Experten zeigt sich patientinnen- bzw. patientenseitig häufig mangelnde Awareness und nur eine geringe Gesundheitskompetenz. Erschwerend hinzu kommen einschränkende persönliche Faktoren der Patientinnen bzw. Patienten wie Ängste oder körperlich und kognitiv eingeschränkte Fähigkeiten sowie Multimorbidität. Diese Einflüsse führen häufig zu geringer Termintreue und zu Einbußen hinsichtlich des Empowerments und der möglichen Patientinnen- bzw. Patienteninvolvierung. Ein wesentlicher Ansatzpunkt eines DM(P) für CHI muss diesen Umständen gerecht werden, weshalb in diesem Zusammenhang Schulungen bereitgestellt werden müssen, um das Hintergrundwissen der Patientinnen bzw. Patienten zu erhöhen und diese zum Selbstmanagement zu motivieren. Das Setzen von Monitoringmaßnahmen, wie beispielsweise die Führung eines CHI-Tagebuchs, werden diesbezüglich als Anforderung betrachtet, um die Patientinnen bzw. Patienten hinsichtlich ihres Selbstmanagements anzuleiten und zu unterstützen.

Tabelle 6: Selbstmanagement und Patientinnen- bzw. Patientenasspekte

Selbstmanagement der Patientinnen bzw. Patienten und Patientinnen- bzw. Patientenasspekte	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
• Mangelnde Awareness bzgl. CHI und deren Relevanz seitens der Patienten sowie seitens der Bevölkerung, • Mangelnde Gesundheitskompetenz der Patienten und wenig Hintergrundwissen über CHI, • Oft unzureichende Adhärenz bzw. häufig nur durch engmaschige Betreuung, • Mangelhafte ‚Unterstützung‘ durch Angehörige, • Ängste von Patienten, • Körperliche Schwäche, körperliche Folgeerkrankungen durch HI/Multimorbidität, wenig Bewegung, vermehrte Ödeme, Atemprobleme, • Teilweise eingeschränkte kognitive Fähigkeiten und eingeschränkte Merkfähigkeit, • Arztbesuche oft nicht bzw. nur mit Hilfe möglich, • Mangelnde Einhaltung der Kontrollen bei niedergelassenen Ärzten und Fachärzten und Termintreue oft nur nach Erinnerung, • Patienteninvolvierung und Patienten-Empowerment selten vorhanden, • Teilweise mangelnde Motivation, an einer Patientenschulung teilzunehmen, • Schwierige, regelmäßige und genaue Medikamentenverabreichung speziell bei hochbetagten Patienten. • Fehlende Selbstwirksamkeit bei Patienten.	• Gutes Hintergrundwissen der Patienten fördern mit Patientenschulungen auch im niedergelassenen Bereich, • Standardisierte, qualitätsgesicherte und interprofessionelle Schulungen, • Berücksichtigung der An- bzw. Zugehörigen im Rahmen der Schulung, • Aufklärung dahingehend, dass Patienten durch Veränderungen ihres Lebensstils einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Gesundheit und zum Hintanhalten von Verschlechterungen beitragen können (durch Faktoren wie Bewegung, Ernährung, Stressreduktion), • Schulung hinsichtlich limitierter körperlicher Belastung, selbständigem Umgang mit CHI, Wirkung der Medikation, Selbstwahrnehmung von Zeichen einer Dekompensation, • Frühe Schulung hinsichtlich Ernährungsempfehlungen durch Diätologen im niedergelassenen Bereich, • Animation der Patienten zu einem aktiven Beitrag zum Erhalt der Gesundheit, • Anleitung zur Selbsthilfe (bei Gewichtsschwankungen, Positionierung, Atemtechnik, mögliche körperliche Belastung), • Regelmäßig organisierte Selbsthilfegruppen, • Patientengerechte Informationsunterlagen, • Sicherstellung möglichst niederschwelliger Hilfestellungen für Betroffene,

Selbstmanagement der Patientinnen bzw. Patienten und Patientinnen- bzw. Patientenasspekte	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
	• Patientenunterstützung im häuslichen Umfeld (z.B. telefonische Beratung, Schulung), • Bereitstellung eines Tools, das von Patienten mitgestaltet und kontrolliert werden kann; physisches Handout für Patienten (z.B. Pass, „Bücherl“); nicht nur elektronisches Selbstmanagement, • Tägliche Messwerterfassung seitens der Patienten, • Online-Schulungsmodul für Patienten, • Angebot einer Patienten-App, • Anwendung eines lösungsorientierten Beratungskonzepts (z.B.: Health Action Process Approach).

Im Bereich des Informations- und Datenmanagements wird von den Expertinnen bzw. Experten eine mangelhafte Informationsweitergabe zwischen den Professionen und verschiedenen Behandlungssettings als Herausforderung genannt. Auch ein fehlendes versorgungsstufenübergreifendes, elektronisches Leitdokument sowie die nicht einheitliche und durchgängige (Diagnose-)Dokumentation über die Versorgungsstufen hinweg erschwert das Datenmanagement. Aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten ist der Aufbau einer praktikablen, elektronischen Kommunikationsplattform, die eine Datenweitergabe an alle beteiligten und berechtigten behandelnden Personen ermöglicht, eine wesentliche Anforderung für den Erfolg eines DM(P) CHI. Eine solche Plattform soll eine transparente, nachvollziehbare und durchgängige Dokumentation ermöglichen und einen gemeinsamen Zugriff des interdisziplinären Teams auf aktuelle Befunde, Labordaten und Therapien etc. erlauben.

Tabelle 7: Informations-/Datenmanagement

Informations-/Datenmanagement	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
• Unzureichende Standardisierung der EDV-Systeme/IT, • Unzureichendes Datenmanagement (z.B. fehlende medizinische Befunde in ELGA, mangelhafter Austausch zwischen den Sektoren), • Schlecht funktionierende Informationsweitergabe zwischen den Professionen bzw. zwischen verschiedenen Behandlungssettings (HA, KA, FA, Reha, Pflege-wohnhäusern, Pflege zuhause, Palliativteam), • Keine einheitliche und durchgängige Dokumentation über die Versorgungsstufen hinweg,	• Aufbau einer Kommunikationsstruktur/ einer elektronischen Plattform, • Elektronische Patientenakte mit kompletter Befundweitergabe an alle beteiligten behandelnden Personen, • Universelles Tool, auf das Ambulanz, FA und HA Zugriff haben und Daten einpflegen können – sektorenübergreifendes elektronisches Datenmanagement, • Gemeinsamer Zugriff des interdisziplinären Teams auf aktuelle Befunde, Labordaten und Therapien, • Verpflichtende, standardisierte Diagnose- und Behandlungsdokumentation für alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure,

Informations-/Datenmanagement	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
• Fehlende Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich, • Fehlendes versorgungsstufenübergreifendes, elektronisches Leitdokument, • Fehlende oder zu geringe Information über die Tätigkeiten anderer involvierter Akteure, • Fehlende Bündelung der Information, • Hoher Zeitaufwand durch schlechten Informationstransfer vorhanden, • Erschwerter Zugang zu relevanten Informationen und Unterstützungsleistungen, • Oft verspätete, unvollständige Arztbriefe, vage Angaben zum weiteren Vorgehen, Cut-offs für Kontrollen, • Schwierigkeiten, im Vorfeld einer diätologischen Beratung, notwendige Befunde, Labordaten und Verlaufsparemeter zu erhalten, um die Therapie individuell zu gestalten, • Oft fehlende Information/Dokumentation, ob bzw. welche Ernährungstherapie Betroffene erhalten haben.	• Einheitliche Dokumentation in der Diätologie (ICF-Diätetik) auf allen Versorgungsebenen, • Software zur Erfassung und Verwaltung der eingeschriebenen Patienten, • Bereitstellung der Diagnose- und Behandlungspfade in einem leicht verfügbaren Tool, • Regelung des Informationstransfers, • Transparente, nachvollziehbare und durchgängige Dokumentation (Transparenz über schon vorhandene Therapiemaßnahmen), • Befundmappe/Übersicht (auch in digitaler Form), • Reminderservice, • Technische Möglichkeiten des Monitorings, telemedizinische Geräte, • Sicherstellung der Praktikabilität, • Österreichweit einheitliche Lösung, • Sicherstellung von Personal-/Zeitressourcen für Dokumentation.

Neben allen primär mit der Versorgung und den Patientinnen- bzw. Patientenasspekten verbundenen Bereichen stellt auch die Honorierung bzw. Vergütung der behandelnden bzw. betreuenden Personen einen herausfordernden Aspekt des derzeitigen Versorgungsalltags dar. Die Expertinnen bzw. Experten merkten an, dass die aktuellen Abrechnungsoptionen den komplexen Anforderungen einer Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI nicht entsprechen würden. Eine diesbezügliche Anpassung hinsichtlich der Aufwandsabgeltungen und auch hinsichtlich der inkludierten Berufsgruppen stellen aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten wesentliche Anforderungen dar. Darüber hinaus wird auch eine Adaptierung des Leistungskatalogs in Bezug auf eine einheitliche Kostenerstattung für die Bestimmung des NT-proBNP als notwendig erachtet.

Tabelle 8: Honorierung/Vergütung

Honorierung/Vergütung	
Herausforderungen im derzeitigen Versorgungsalltag	Anforderungen an ein DM(P) für CHI
• Derzeitige Abrechnungssituation ist nicht auf Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten ausgelegt, • Mangelnde Vergütung einer strukturierten und interdisziplinären Betreuung und der intensiven Betreuung, • Mangelnde Honorierung wichtiger Akteure (MTD, Psychologie etc.).	• Anpassung der Honorarkataloge und Kostenerstattungsvereinbarungen zur finanziellen Abgeltung der erforderlichen Zeitressourcen für multidisziplinäres Setting, Patientenführung und -organisation, • Einheitliche Aufnahme des NT-proBNP als Laborparameter in den Kassenbereich, • Ausreichende Vergütung für alle Gesundheitsberufe, • Möglichkeit der Honorierung der Diätologie in der Primärversorgung, • Adäquate Bezahlung der telemedizinischen Leistungen.

2.3. Versorgungsrollen aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten

Ein wesentlicher Teil der Befragung war die Analyse der Versorgungsrollen.⁷ Dafür wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, sowohl die eigene Berufsgruppe bzw. den eigenen Tätigkeitsbereich als auch jene Bereiche mit denen Erfahrungen in der Zusammenarbeit bestehen, auszuwählen. Somit war es auch möglich, Aussagen für andere Versorgungsrollen zu treffen. Im Konkreten wurde abgefragt, wie sehr die teilnehmenden Expertinnen bzw. Experten dem zustimmen, dass die den Versorgungsrollen zugeordneten Aufgaben in den Verantwortungsbereich der genannten Berufsgruppen bzw. Tätigkeitsbereiche fallen. Bei fehlender Zustimmung (,stimme wenig zu‘ oder ,stimme überhaupt nicht zu‘) war die Möglichkeit gegeben, eine andere Berufsgruppe auszuwählen, der aus Sicht der Befragten alternativ die Hauptverantwortung für die entsprechende Tätigkeit zukommen soll. Darüber hinaus bestand die Option, auch generelle Anmerkungen zu den genannten Berufsgruppen bzw. den genannten Tätigkeitsbereichen zu machen oder fehlende Aspekte anzugeben.

In den folgenden Abbildungen werden pro Versorgungsrolle jeweils die zehn im Zuge der Befragung als am wichtigsten bewerteten Aufgaben dargestellt.⁸ Dabei handelt es sich um jene Tätigkeiten, denen die Befragten am häufigsten zugestimmt haben (,stimme sehr zu‘ und ,stimme zu‘), dass sie in die genannten Verantwortungsbereiche fallen.

⁷ Die hier dargestellten Versorgungsrollen spiegeln die Sichtweise der Expertinnen bzw. Experten wider. Im Kapitel „Rollenkonzept“ wurden diese Ergebnisse bei Bedarf näher spezifiziert und ggf. um zusätzliche Aufgaben und Verantwortungsbereiche lt. den weiteren Konzeptgrundlagen und Anforderungen ergänzt.

⁸ Eine vollständige Auflistung aller abgefragten Aufgaben pro Versorgungsrolle ist im Anhang abgebildet.

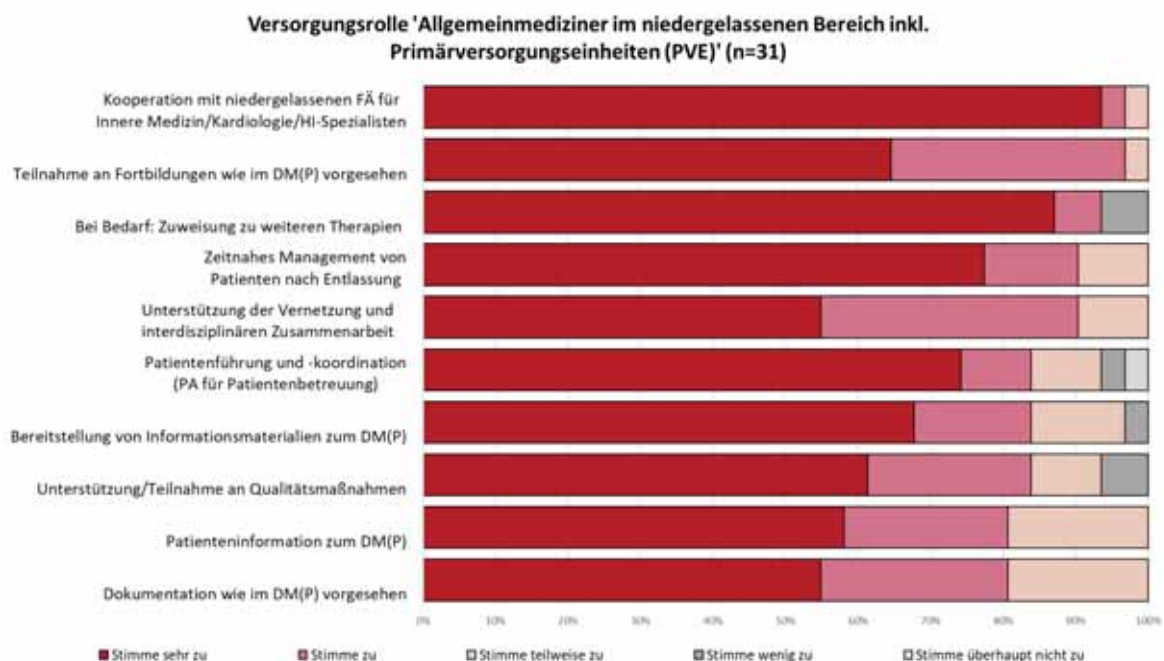


Abbildung 2: Versorgungsrolle ‚AM/PVE‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Bei der Versorgungsrolle ‚AM/PVE‘ wird seitens der Expertinnen bzw. Experten die Kooperation mit dem spezialisierten Bereich der niedergelassenen Fachärztinnen bzw. Fachärzten bzw. mit HI-Spezialistinnen bzw. HI-Spezialisten als besonders wichtig erachtet. Dem folgt die Teilnahme an Fortbildungen, die Zuweisung zu nötigen Therapien sowie das Management der Patientinnen bzw. Patienten nach einer KH-Entlassung. Darüber hinaus wird eine bedeutende Rolle der AM bzw. der PVE auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie in der Führung und Koordination der Patientinnen bzw. Patienten gesehen.



Abbildung 3: Versorgungsrolle ‚DGKP‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Bei der Rolle der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger wird die Unterstützung bei der Patientinnen- bzw. Patientenführung als zentral angesehen. Neben klassisch mit der Pflegetätigkeit verbundenen Aufgaben wie der Durchführung von Pflegeassessments und -diagnostik und Pflegeberatung wird die Rolle der DGKP auch im Bereich der Fortbildung bzw. Schulung gesehen – und zwar sowohl selbst als Fortzubildende als auch im Rahmen von Patientinnen- bzw. Patienten- bzw. Angehörigenschulungen. Eine weitere für das DM(P) wichtige Aufgabe wird der Gesundheits- und Krankenpflege im Bereich des Selbstmanagements der Patientinnen bzw. Patienten durch Maßnahmen zur Stärkung der Lebensqualität und Förderung der Gesundheitskompetenz zugeschrieben.

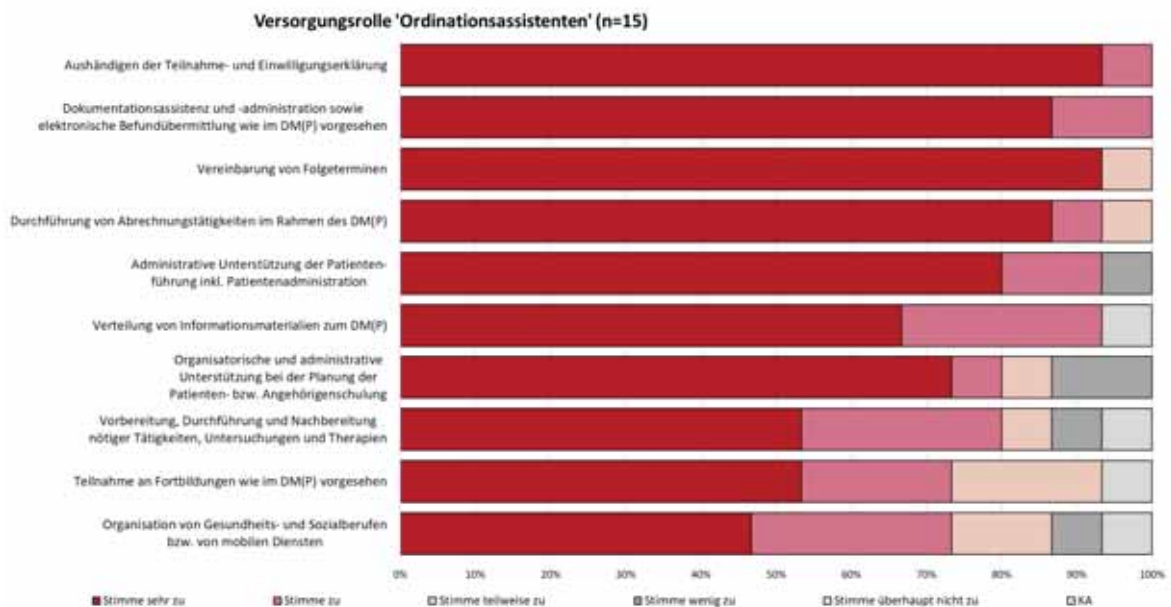


Abbildung 4: Versorgungsrolle ,Ordnationsassistentinnen bzw. Ordnationsassistenten' aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Das Rollenbild der Ordnationsassistenz im Rahmen des DM(P) umfasst administrative und unterstützende Tätigkeiten sowohl für die Patientinnen bzw. Patienten als auch für die GDL, für die sie tätig sind. Darunter fallen u.a. die Vorbereitung einer Patientinnen- bzw. Patiententeilnahme beispielsweise durch Aushändigen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die Verteilung von Informationsmaterialien zum DM(P) und die Vereinbarung von Folgeterminen. Darüber hinaus werden die Administration und Assistenz bei der Dokumentation sowie die Durchführung der DM(P)-Abrechnung als wichtige Aufgaben für diese Berufsgruppe bewertet.



Abbildung 5: Versorgungsrolle ‚Mobile Pflege- und Betreuungsdienste im niedergelassenen Bereich‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Zusätzlich zur Durchführung von Pflege und Betreuung der CHI-Patientinnen bzw. Patienten wurde für mobile Dienste die frühe Erkennung von Verschlechterungen und auftretenden Symptomen und Zeichen einer chronischen Herzinsuffizienz als weitere wichtige Aufgabe erachtet. Den mobilen Diensten kommt dadurch – ergänzend zu den Patientinnen bzw. Patienten selbst – eine wichtige Bedeutung im Sinne der Symptomwahrnehmung zu. Im Falle von Verschlechterungen wird die Information der PA als wichtiger Folgeschritt erachtet.

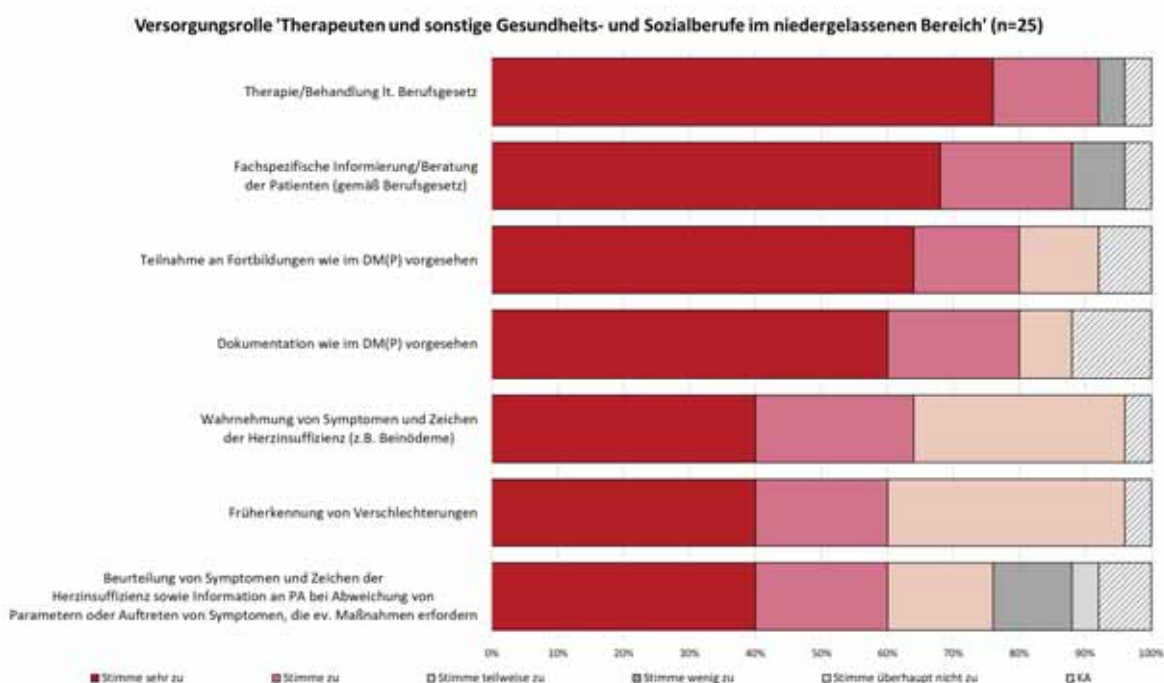


Abbildung 6: Versorgungsrolle ‚Therapeutinnen bzw. Therapeuten und sonstige Gesundheits- und Sozialberufe im niedergelassenen Bereich‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Neben ihrer Kernaufgabe laut Berufsgesetz und der entsprechenden Beratung und Information wird der Versorgungsrolle der Therapeutinnen bzw. Therapeuten und den weiteren Gesundheits- und Sozialberufen in Hinblick auf das DM(P) auch eine wichtige Bedeutung

hinsichtlich der Symptomwahrnehmung beigemessen. Auch die Teilnahme an DM(P)-Fortbildungen wird von den Expertinnen bzw. Experten als wichtige Maßnahme für dieses Rollenbild erachtet.

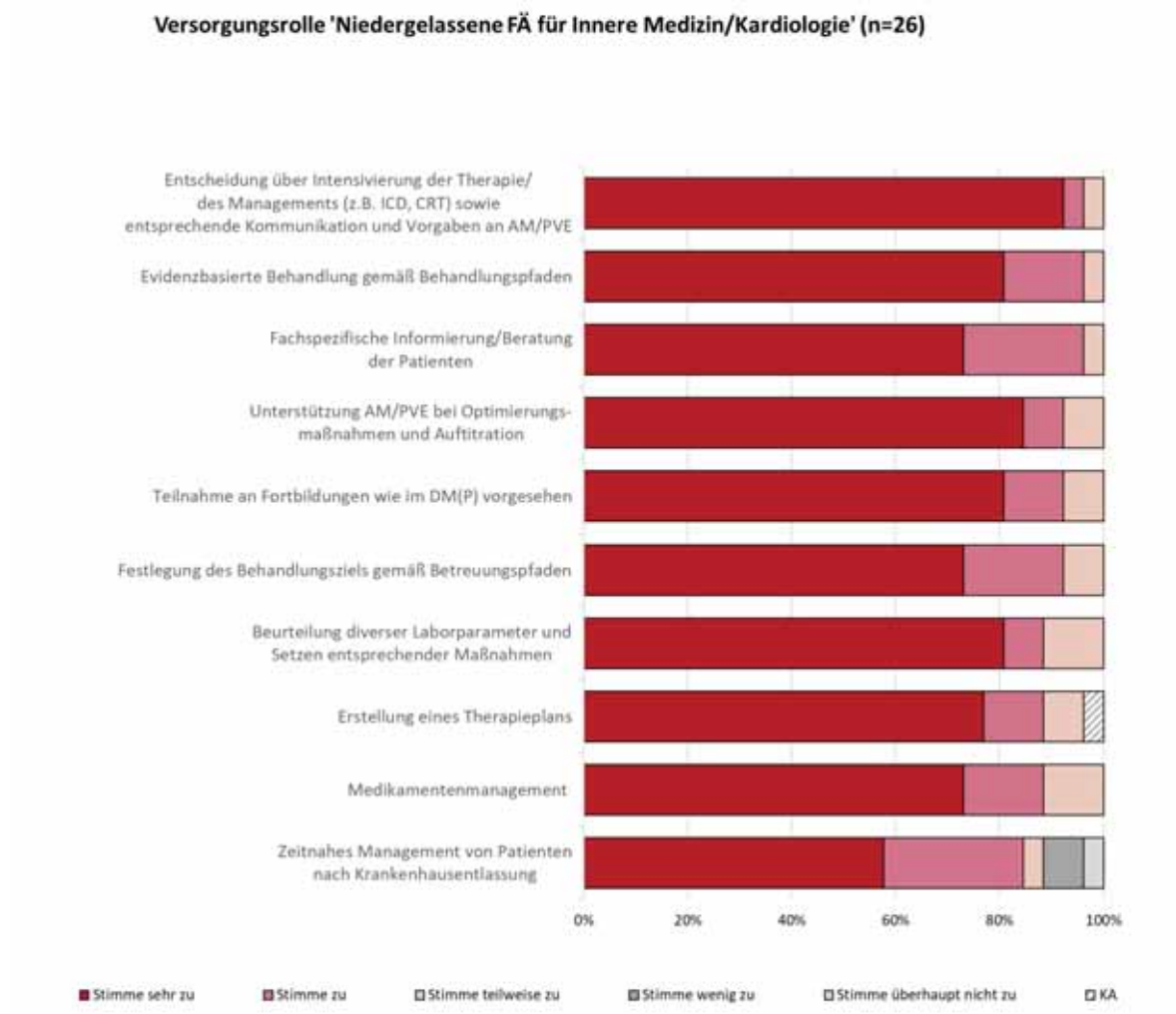


Abbildung 7: Versorgungsrolle 'Niedergelassene FÄ für Innere Medizin/Kardiologie' aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

In der Versorgungsrolle der niedergelassenen Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie stehen aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten die evidenzbasierte Therapie gemäß den Behandlungspfaden, die Entscheidung über die Intensivierung der Therapie und die entsprechende Informierung und Beratung der Patientinnen bzw. Patienten im Mittelpunkt. Auch die enge Zusammenarbeit mit der AM bzw. der PVE stellt einen wichtigen Teil dieser Tätigkeiten dar, welche die Kommunikation und Übermittlung von Handlungsvorgaben sowie die Unterstützung bei Optimierungsmaßnahmen und bei der Auftitration beinhaltet. Niedergelassene Fachärztinnen bzw. Fachärzte übern darüber hinaus auch eine wichtige Funktion hinsichtlich der Informierung und Beratung der Patientinnen bzw. Patienten aus.

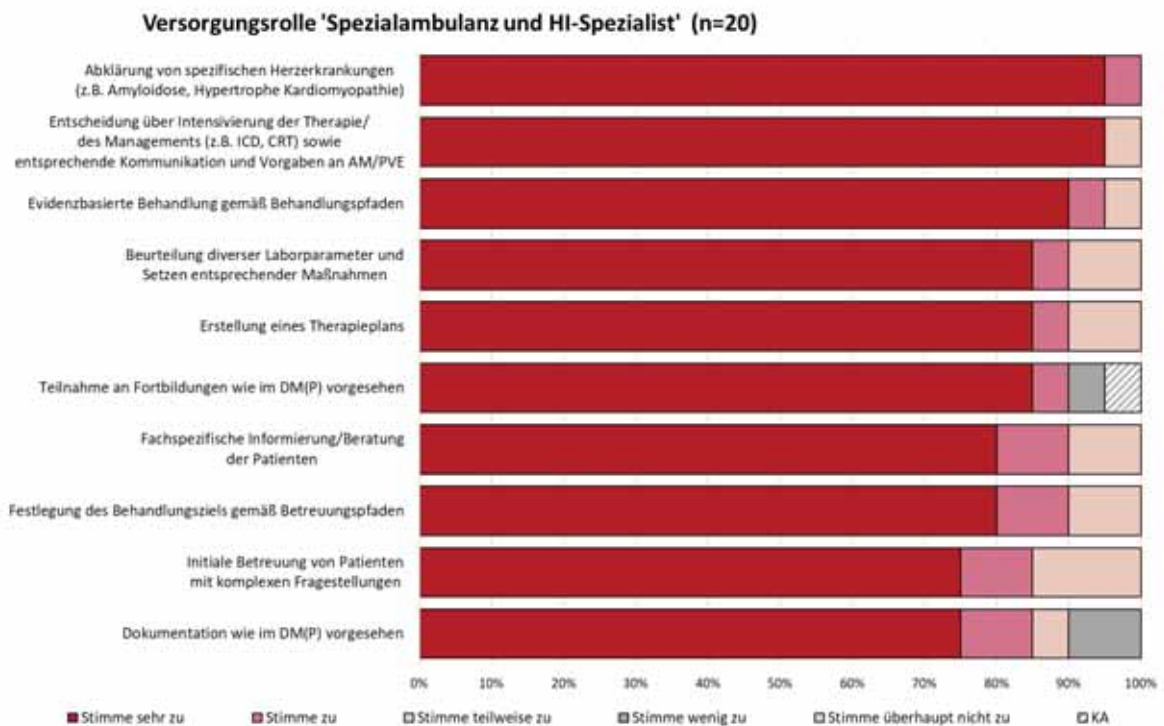


Abbildung 8: Versorgungsrolle ‚Spezialambulanz und HI-Spezialistin bzw. HI-Spezialist‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Zu den besonders wichtigen Aufgaben der Spezialambulanzen und der HI-Spezialistinnen bzw. -Spezialisten gehören laut Expertinnen bzw. Experten die Abklärung von spezifischen Herzerkrankungen und die Entscheidung über Therapieintensivierungen. Analog zu den Fachärztinnen bzw. Fachärzten stellt auch die enge Zusammenarbeit mit der AM sowie der PVE einen wichtigen Aufgabenbereich im Rahmen eines DM(P) CHI dar. Darüber hinaus wurde von den Befragten auch die initiale Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten mit komplexen Fragestellungen sowie deren fachliche Beratung als wichtig bewertet.

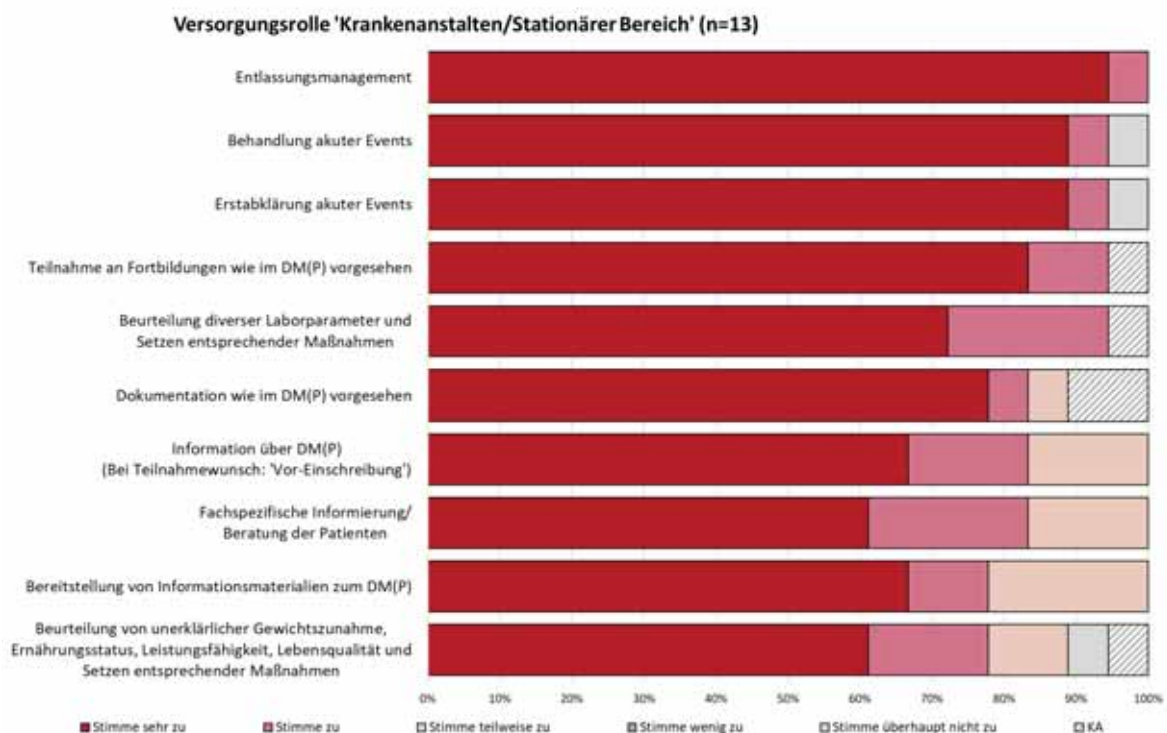


Abbildung 9: Versorgungsrolle ‚Krankenanstellen/Stationärer Bereich‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Der bekannten Problematik beim Wechsel zwischen den Versorgungsebenen soll ein strukturiertes Entlassungsmanagement entgegenwirken. Diese Aufgabe sehen die Expertinnen und Experten als wesentlich für den stationären Bereich. Krankenanstellen stellen darüber hinaus die Anlaufstelle für die Erstabklärung und Behandlung akuter kardiologischer Ereignisse dar und können darüber hinaus auch eine wichtige Rolle hinsichtlich der Information über das DM(P) und der Weitergabe von entsprechenden Informationsmaterialien übernehmen.

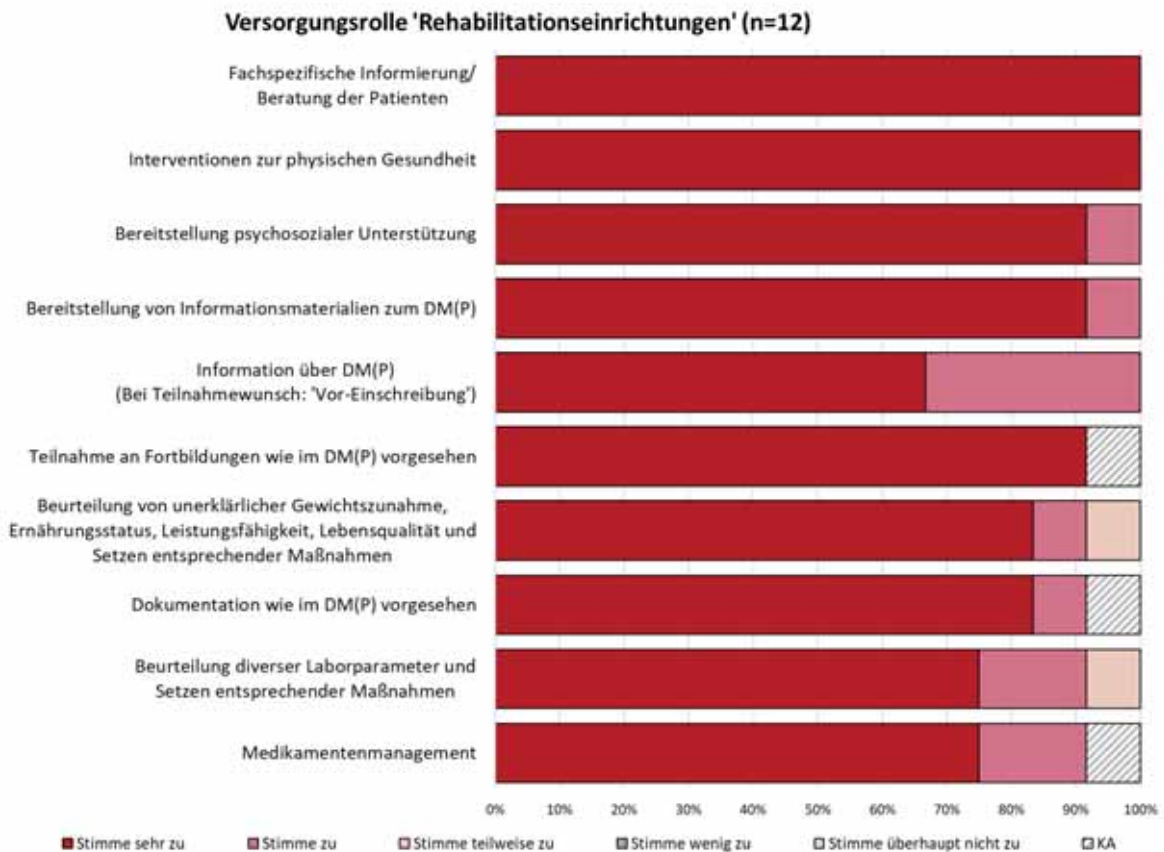


Abbildung 10: Versorgungsrolle ‚Rehabilitationseinrichtungen‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Von den Expertinnen bzw. Experten wird bei den Rehabilitationseinrichtungen der informative Aspekt als sehr wichtig erachtet. Darunter fällt u.a. die Beratung der Patientinnen bzw. Patienten, aber auch die Information über das DM(P) und die Weitergabe von Informationsmaterialien. Neben dem Fokus auf die physische Gesundheit wird auch die Unterstützung auf psychosozialer Ebene als sehr wichtige Aufgabe von Rehabilitationseinrichtungen eingestuft.

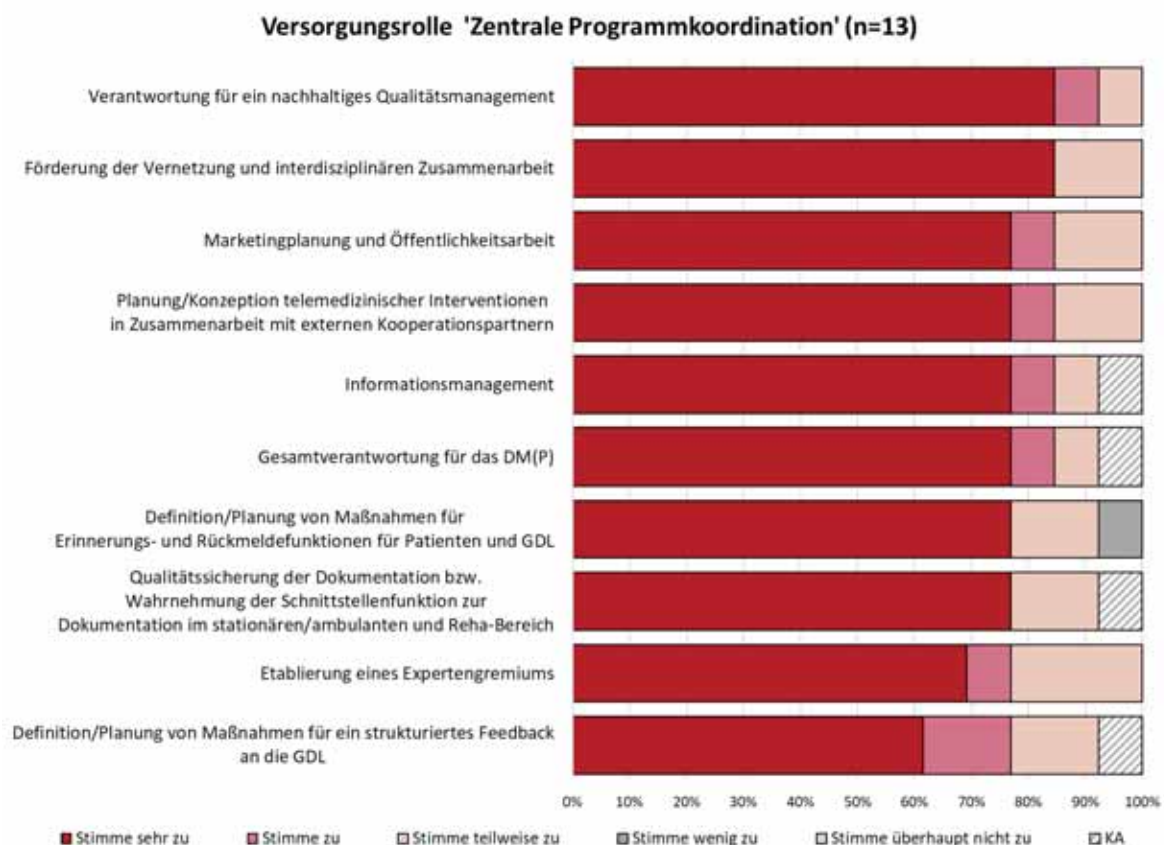


Abbildung 11: Versorgungsrolle ‚Zentrale Programmkoordination‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Einer zentralen Programmkoordination kommt neben der generellen Gesamtverantwortung für das DM(P) auch die Verantwortung für dessen relevante Bestandteile wie beispielsweise dem Qualitätsmanagement zu. Die Expertinnen bzw. Experten stimmen dabei zu, dass jene Tätigkeiten, die den laufenden Betrieb auf einer übergeordneten Ebene unterstützen, im Aufgabenbereich dieses Rollenbildes zusammengefasst werden. Darunter fallen neben der Förderung der Vernetzung auch Marketingaktivitäten, diverse Interventionsplanungen zur Unterstützung der Patientinnen bzw. Patienten wie auch der GDL und die Etablierung eines Expertinnen- bzw. Expertengremiums.

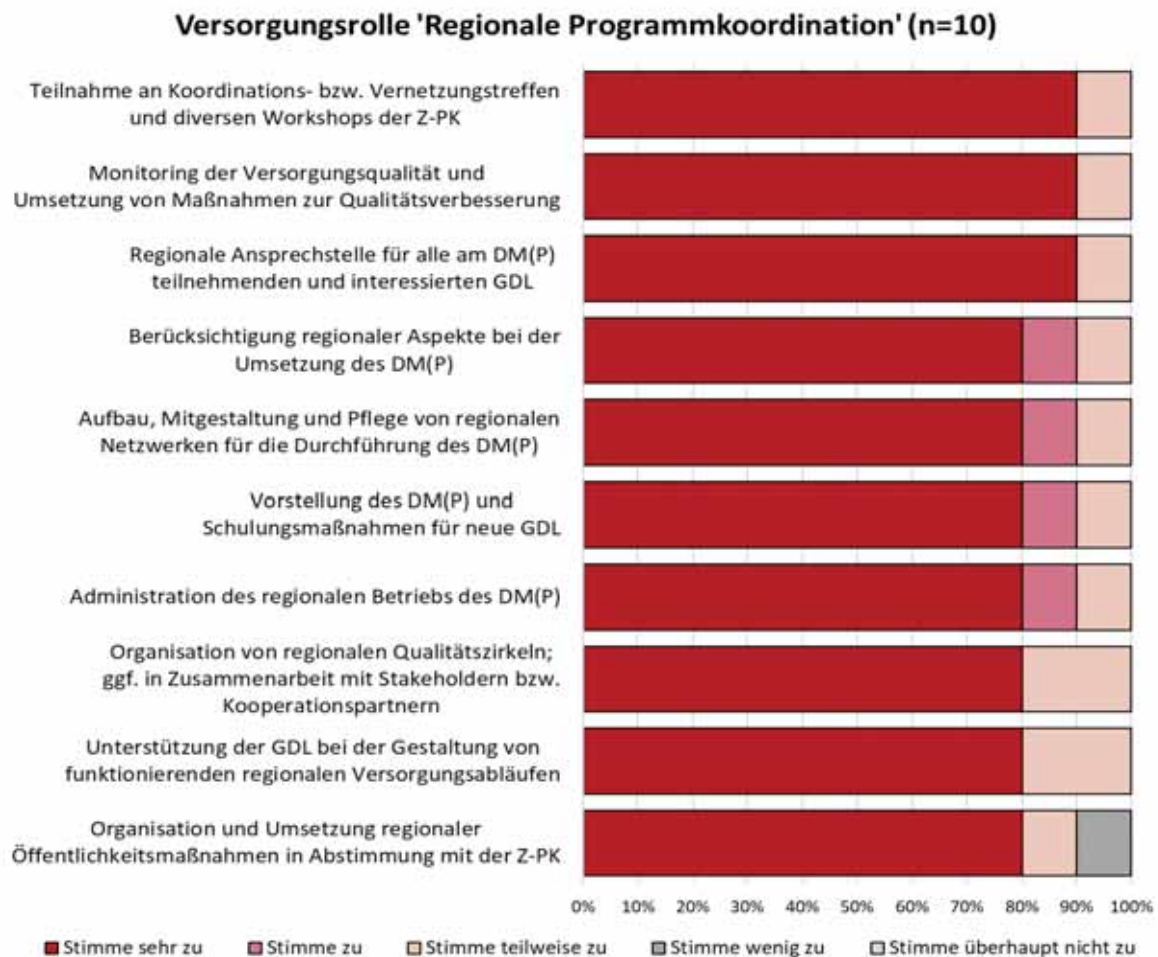


Abbildung 12: Versorgungsrolle 'Regionale Programmkoordination' aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

Die regionale Programmkoordination stellt eine lokale Ansprechstelle für alle am DM(P) teilnehmenden GDL und Patientinnen bzw. Patienten dar. Die Expertinnen bzw. Experten verbinden mit dieser Rolle auch einen wichtigen Qualitätsaspekt, da sie die Teilnahme an Koordinations- und Vernetzungstreffen, das Monitoring und die Verbesserung der Qualität im DM(P), aber auch die Organisation von regionalen Qualitätszirkeln als wichtige Aufgaben bewerten. U.a. wird auch die Vorstellung des DM(P) für neu teilnehmende GDL als wichtige Maßnahme der regionalen Programmkoordination erachtet.

2.4. Expertinnen- bzw. Expertensicht zum elektronischen Datenmanagementsystem

In der Befragung zum elektronischen Datenmanagementsystem wurde in der Online-Befragung vor allem der möglichst geringe administrative Aufwand für Anwenderinnen bzw. Anwender, die Vermeidung von Doppeldokumentation und auch der Nutzen aus Dokumentation für Therapie (Verfügbarkeit von Patientenbrief, kardiologische Befunde, EKG) als wichtig erachtet (von 97,7 % als wichtig oder sehr wichtig eingestuft).

Betrachtet man die zehn als am wichtigsten eingestuften Anforderungen an ein elektronisches Datenmanagementsystem (vgl. Abbildung 13) genauer, wird ersichtlich, dass in erster Linie die Benutzerinnen- bzw. Benutzerfreundlichkeit und die Aufwandsverringern von

großer Bedeutung sind. Darüber hinaus ist es als wichtige Schnittstelle zwischen behandelnden Personen, sowohl im Sinne der abgestimmten Versorgung als auch im Sinne der Dokumentation, zu sehen und daher entsprechend zu konzipieren.

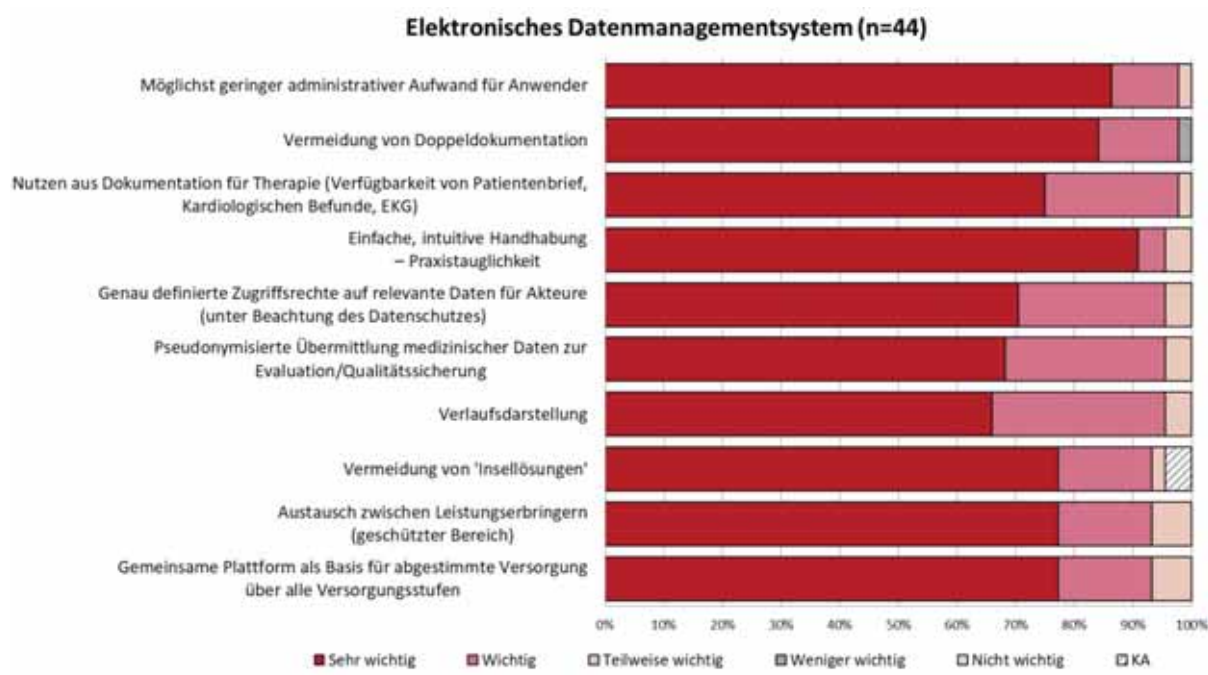


Abbildung 13: Wichtige Aspekte hinsichtlich eines elektronischen Datenmanagementsystems aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten (gekürzte Darstellung)

3. SYSTEMBESCHREIBUNG

3.1. Organisatorische Eckpunkte des DM(P) CHI

Die organisatorischen Eckpunkte des DM(P) CHI setzen sich aus den herangezogenen Grundlagen für die Erstellung dieses Teilkonzepts sowie aus Inputs der Online-Expertinnen- bzw. Expertenbefragung zusammen. Die im Folgenden angeführte Tabelle stellt diese Rahmenbedingungen zusammenfassend dar:

Tabelle 9: Organisatorische Eckpunkte des DM(P) CHI

Kriterien	DM(P) CHI
DM(P)-Charakteristik	- Niederschwelliges Primärversorgungsmodell mit kontinuierlicher, wohnortnaher Versorgung - Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich und Primärversorgungseinheiten (PVE) fungieren als primäre Anlaufstellen - Enge Zusammenarbeit mit Pflege (DGKP) - Follow-ups in Form von Hausbesuchen, telefonbasierten Konsultationen etc. möglich - Ggf. Telemonitoring - Diagnose-, Behandlungs- und Betreuungspfade geben klare und nachvollziehbare Empfehlungen hinsichtlich der Konsultation und Behandlung auf Sekundär- und Tertiärversorgungsebene (d.h. bei niedergelassenen Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie sowie in der Spezialambulanz)

Kriterien	DM(P) CHI
Ziele/Nutzeneffekte	• Verbesserung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Patienten • Reduktion von Spitalsaufenthalten (allgemein sowie CHI-assoziiert) • Reduktion der Mortalität • Verbesserung der Kosteneffizienz der Versorgung
Ort der Patientenidentifikation	• Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich inkl. PVE • Niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie • Spezialambulanz und HI-Spezialist • Krankenanstalten • Rehabilitationseinrichtungen
Ort der Patienteneinschreibung⁹	• Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich inkl. PVE • ‚Vor-Einschreibung‘ möglich durch: ○ Niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie ○ Spezialambulanz und HI-Spezialist ○ Krankenanstalten ○ Rehabilitationseinrichtungen
Einteilung der eingeschlossenen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz nach Behandlungsziel (vgl. Betreuungspfad)	• Stabiler HI-Patient: Nieren- und Kaliumwerte im Normalbereich, RRsyst. ≥ 90 mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen • HI-Patient, dessen Medikation aufgrund potentiell reversibler Probleme (z.B. Nieren- oder Kaliumwert, RRsyst.) (noch) nicht auftitriert werden konnte • Stabiler HI-Hochrisikopatient (Patientin bzw. Patient mit optimierter Therapie): RRsyst. < 90 mmHg oder eGFR < 50 ml/min/1,73 m² oder NT-proBNP > 1.000 pg/ml oder Schleifendiuretikabedarf mit Äquivalenzdosis ≥ 80 mg/d Furosemid • HI-Patient mit intensivem Management (Patient mit sehr hohem Risiko, trotz optimierter Therapie): schwere Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz oder RRsyst. < 85 mmHg, eGFR < 30 ml/min/1,73 m² oder NT-proBNP > 2.000 pg/ml
Teilnahmebedingungen für Patienten	• Bereitschaft zur Teilnahme/Freiwilligkeit • Bereitschaft zum aktiven Selbstmanagement (sofern die vorhandenen Ressourcen dies zulassen): ○ Monitoring der Symptome, Früherkennung von Verschlechterungen und entsprechende Reaktion ○ Standardisierte Dokumentation vereinbarter Parameter (z.B. Führung eines Patiententagebuchs) ○ Teilnahmebereitschaft an Patientenschulung • Anspruch auf Leistungen bei mindestens einem der am e-card-System teilnehmenden Krankenversicherungsträger • Verfügbarkeit einer primären Anlaufstelle (Team Primärversorgung/hausärztliches Team)

⁹ Aufgrund der Vorgabe für die Konzeptentwicklung, die Versorgung im DM(P) wohnortnahe und niederschwellig zu organisieren, ist die Übernahme der Patientinnen- bzw. Patientenführung ausschließlich durch Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner und PVE gestattet. Diese fungieren als ‚primäre Anlaufstelle‘ für die Patientinnen bzw. Patienten. Da potentielle DM(P)-Patientinnen bzw. -Patienten im Zuge ihrer Versorgung jedoch auch Kontakte zu Fachärztinnen bzw. Fachärzten, HI-Ambulanzen, stationären Einrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen haben, kann dort eine ‚Vor-Einschreibung‘ vorgenommen werden. Dabei kann nach Einteilung der Patientinnen und Patienten nach Behandlungsziel (vgl. Betreuungspfad) die regionale Programmkoordination über die Identifikation geeigneter Patientinnen bzw. Patienten informiert werden. Diese übernimmt dann in weiterer Folge die nötigen Schritte, um eine primäre Anlaufstelle für die betroffenen Patientinnen bzw. Patienten zu identifizieren.

Kriterien	DM(P) CHI
Ausschlusskriterien für Patienten	Im DM(P) CHI sind per se keine Ausschlusskriterien vorgesehen. Insbesondere Komorbiditäten stellen keinen Ausschlussgrund dar, da viele Patienten mit CHI davon betroffen sind.
Betreuungsdauer	Unbefristete Teilnahme-/Betreuungsdauer (bis auf Widerruf durch Patient)
Betreuungsmodus/-frequenz	- Erstuntersuchung und Quartalskontrollen (primär über Allgemeinmediziner bzw. PVE) - Betreuungsfrequenz ist abhängig vom Behandlungsziel: Definierte Untersuchungsintervalle lt. Betreuungspfad - Optimierungs-Checks alle 12 bis 18 Monate bei HI-Spezialist oder HI-Ambulanz - Nach stationären Aufenthalten engmaschiges Follow-up durch primäre Anlaufstelle mit entsprechend individueller Versorgungsvariante (z.B.: Telemonitoring, ‚Homebased-Care Nursing‘ mit Hausbesuchen) - Selbstmanagement (Monitoring bestimmter Parameter mit Grenzwerten und Zielen) durch Patienten - Jährliche Erhebung der Lebensqualität der DM(P)- Patienten und Erhebung der Zufriedenheit dieser
Primär involvierte Versorgungsrollen¹⁰	- Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich inkl. PVE - Niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie - Spezialambulanz und HI-Spezialist - Krankenanstalten/Stationärer Bereich - Rehabilitationseinrichtungen
Weitere einzubin-dende Versorgungsrollen	- DKGP im niedergelassenen Bereich - Mobile Pflege- und Betreuungsdienste im niedergelassenen Bereich - Diätologen - Therapeuten und sonstige Gesundheits- und Sozialberufe im niedergelassenen Bereich
Medizinischer Beirat	Etablierung eines Expertengremiums zur unabhängigen wissenschaftlichen Qualitätssicherung des DM(P) CHI
Vernetzung der GDL/ Informationsmanagement	- Datenmanagementsystem - Ggf. Telemonitoringsystem - Qualitätszirkel, Fallkonferenzen - Programmkoordination auf regionaler und zentraler Ebene: - Förderung der Vernetzung und interdisziplinären Zusammenarbeit z.B. durch die Organisation regelmäßiger Koordinierungs-/Netzwerktreffen oder Austauschtreffen zur Optimierung der Prozesse in der Zusammenarbeit - Informationsmanagement durch zentrale Programmkoordination (Sicherstellung eines aktuellen und gezielten Informationsflusses)

¹⁰ Hierbei handelt es sich um GDL, die sich vor der Teilnahme am DM(P) CHI einschreiben lassen müssen. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, um u.a. in weiterer Folge das Datenmanagementsystem nutzen zu können. Darüber hinaus ist initial eine erfolgreiche Schulungsabsolvierung und der Nachweis von Qualitätsstandards lt. DM(P) (diese sind noch zu definieren) verpflichtend erforderlich.

Kriterien	DM(P) CHI
Leitlinien/Diagnose-, Behandlungs- und Betreuungspfade	Auf Basis der Guidelines der European Society of Cardiology 2016¹¹ sowie unter Heranziehung der spezifischen Expertise von österreichischen Herzinsuffizienzspezialist:innen: • Medizinisches Rahmenkonzept • Algorithmen zur chronischen Herzinsuffizienz (Diagnose-, Behandlungs- und Betreuungspfade)
Organisationsmanagement	• Rollenkonzept involvierter Akteure • Darstellung/Skizzierung zentraler Versorgungsprozesse • Darstellung/Skizzierung administrativer Prozesse • Diagnose-, Behandlungs- und Betreuungspfade skizzieren den Weg durch die medizinische Versorgung/Betreuung im DM(P) • Festgelegte Kontrollintervalle in Abhängigkeit des Behandlungsziels • Etablierung einer zentralen Programmkoordination • Etablierung von regionalen Stellen der Programmkoordination

3.2. Datenmanagement im DM(P) CHI

Entsprechend den in den einzelnen Teilkonzepten ausgearbeiteten Inhalten stellt die multidisziplinäre Versorgung eine zentrale Empfehlung für das DM(P) CHI dar. Das Zusammenspiel verschiedenster Akteur:innen bzw. Akteure ist demnach je nach konkreter Ausgestaltung der Versorgung unter Berücksichtigung der vorhandenen bzw. verfügbaren Ressourcen (sowohl systemseitig als auch patient:innen- bzw. patientenseitig) wesentlich. Das Datenmanagement bildet demnach eine zentrale Voraussetzung für die strukturierte Informationsweitergabe und Kommunikation in der multidisziplinären Versorgung. Aber nicht nur die geschützte Weitergabe dokumentierter Daten, sondern auch die Informationsmöglichkeit (beispielsweise über Teilnahmevoraussetzungen, Schulungen und erste Auswertungen zum Disease-Management) ist mit zu beachten. Die standardisierte Dokumentation und die Organisation der Weitergabe der dokumentierten Daten stellen zudem die Grundlage für die Administration und Auswertung im DM(P) CHI dar und dienen nicht zuletzt dessen Weiterentwicklung (siehe Abbildung 14).

¹¹ Derzeit findet eine Überarbeitung entsprechend der aktuellen Publikation der ESC-Leitlinien 2021 statt.

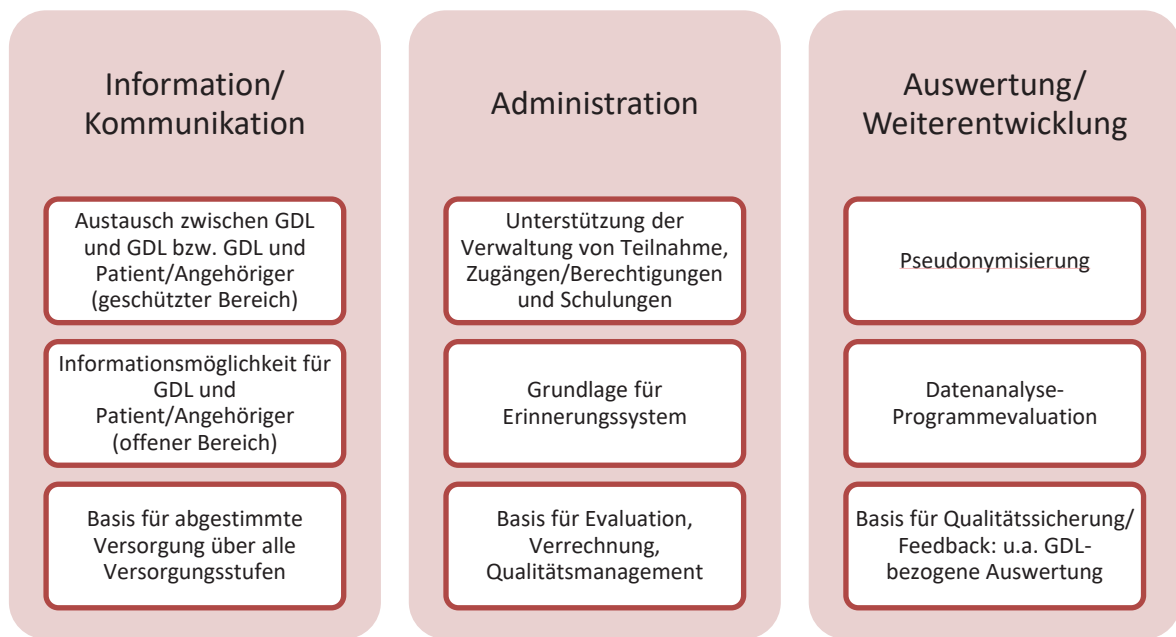


Abbildung 14: Dokumentation als Grundlage für Kommunikation, Administration und Auswertung im DM(P)

Gemäß dem Evaluationskonzept für das DM(P) CHI wird „die Entwicklung eines anwendungsspezifischen standardisierten Dokumentationssystems in elektronischer Form empfohlen, welches struktur-, leistungs-, patienten- und diagnosebezogene Informationen umfasst.“ Die Datensätze der einzelnen DM(P)-Einrichtungen bzw. Akteurinnen bzw. Akteure sollen demnach in einem zentralen DM(P)-Data-Warehouse zusammengeführt werden können, um eine gesamthafte Betrachtung zu ermöglichen. Diesbezüglich wird empfohlen, dass die Datenerfassung und Übermittlung über zwei Datenbanksysteme erfolgt, um rein administrative Daten von medizinischen Detaildaten trennen zu können (vgl. Teil VI Evaluation). Der Aufbau eines DM(P)-Data-Warehouse mit elektronischer Anbindung aller dokumentationspflichtigen Akteurinnen bzw. Akteure im Programm stellt ebenso eine zentrale Empfehlung des Qualitätsmanagementkonzepts dar, um den spezifischen Anforderungen einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und Programmevaluierung zu entsprechen (vgl. Teil V Qualitäts- und Risikomanagement).

Unter Data-Warehouse kann eine für Analysezwecke optimierte zentrale Datenbank, die Daten aus mehreren, meist heterogenen Quellen zusammenführt und verdichtet (im Sinne einer Integration und Transformation), verstanden werden. Ein Data-Warehouse bietet eine Vielzahl an Auswertungs- und Analysemöglichkeiten und ermöglicht das Auffinden von Korrelationen und Mustern in Daten (Data-Mining). Eine zentrale Herausforderung dabei liegt jedoch in der Integration heterogener Datenbestände sowie der Bereinigung von Primärdaten (Rahm, 2014, 2ff).

Nähere Ausführungen zu zentralen Datenflüssen im DM(P) CHI erfolgen in Abschnitt 5.6, nähere Ausführungen hinsichtlich der Anforderungen an ein elektronisches Datenmanagementsystem sowie zu möglichen Umsetzungsszenarios im DM(P) CHI in Kapitel 6.

4. AKTEURINNEN BZW. AKTEURE IM DM(P) CHI

Der Fokus des DM(P) CHI liegt auf einem inter- und multidisziplinär gestalteten Management der Patientinnen bzw. Patienten. Das professionelle Versorgungsteam ist dabei rund um die Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner sowie die teilnehmenden Primärversorgungseinheiten aufgebaut. Diese bilden die primäre Anlaufstelle für die Versorgung und übernehmen die Führung und Koordination der Patientinnen bzw. Patienten. Für die Erfüllung der daraus resultierenden Aufgaben können und sollen jedoch noch weitere GDL herangezogen werden. Die Zusammenarbeit soll also in einem interprofessionellen (Praxis-)Team – entweder unmittelbar in der Ordination bzw. der Einrichtung oder dezentral, in jedem Fall aber eng miteinander vernetzt – erfolgen, wobei die Koordinierung der involvierten Akteurinnen bzw. Akteure durch die primäre Anlaufstelle übernommen wird. Zu den zentralen Akteurinnen bzw. Akteuren des DM(P) CHI zählen die in der folgenden Abbildung dargestellten Berufsgruppen bzw. Tätigkeitsbereiche.

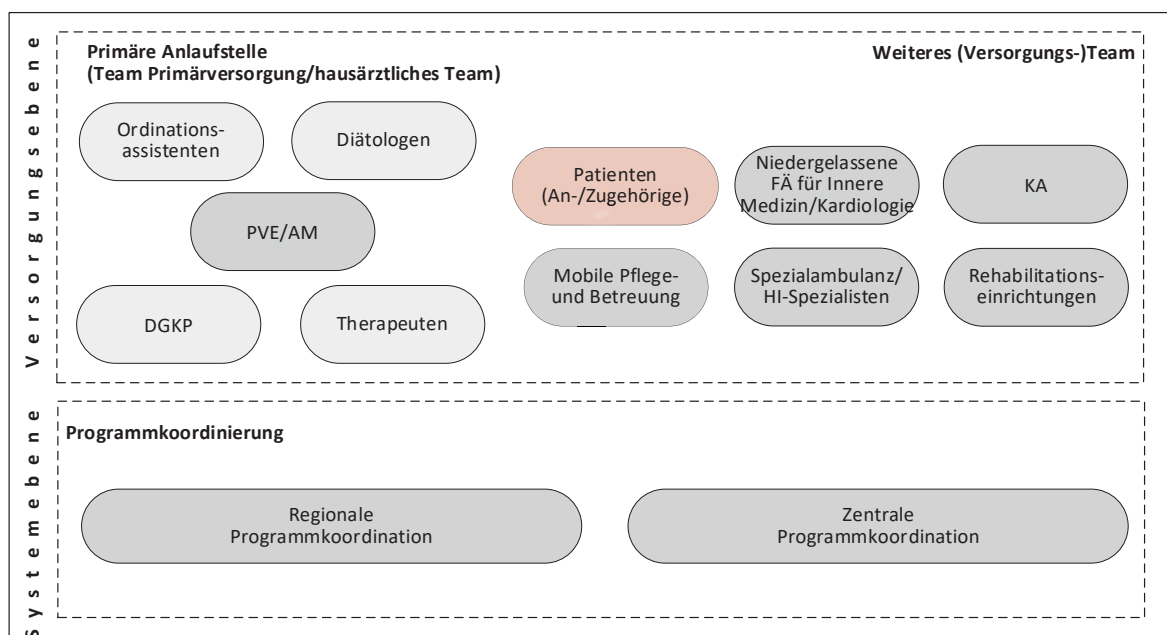


Abbildung 15: Akteurinnen bzw. Akteure im DM(P) CHI

4.1. Rollenkonzept

In den folgenden Abschnitten werden die zentralen Akteurinnen und Akteure mit ihren Aufgaben und Verantwortungsbereichen speziell im Rahmen des DM(P) CHI abgebildet.¹² Die generellen Tätigkeiten und Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppen unabhängig vom DM(P) ergeben sich aus den berufsrechtlichen Regelungen bzw. im von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Kompetenzprofil in der Primärversorgung. Neben den Aufgaben werden zudem auch (optionale¹³) Tools und Dokumente, die für den Informations-/Datentransfer von Bedeutung sind, genannt.

¹² Es handelt sich bei den Vorschlägen um einen ersten Entwurf der Rollenbilder, die vor einer Umsetzung des DM(P) ggf. noch entsprechend nachgeschärft werden müssen.

¹³ Optional bezieht sich hier auf das Erfordernis der elektronischen Verfügbarkeit.

4.1.1. Patientinnen bzw. Patienten

Tabelle 10: Rolle ,Patientinnen bzw. Patienten‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche
• Aktives Selbstmanagement (sofern die vorhandenen Ressourcen dies zulassen): - o Monitoring der Symptome - o Früherkennung von Verschlechterungen und entsprechende Reaktion (z.B. Dosisanpassung der Diuretika) und Information der PA bei Abweichung von Parametern oder Auftreten von Symptomen, die ev. Maßnahmen erfordern (z.B. Beinödeme) - o Standardisierte Dokumentation vereinbarter Parameter - o Teilnahme an Patientinnen- bzw. Patientenschulung • Teilnahme an vereinbarten Terminen des DM(P)
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer
• Patiententagebuch/Dokumentation vereinbarter Parameter • Einwilligungserklärung für DM-Teilnahme • Ggf. Telemonitoring

4.1.2. An- und Zugehörige

Tabelle 11: Rolle ,An- und Zugehörige‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche
• Nach Möglichkeit: Aktive Beteiligung • Monitoring der Patienten hinsichtlich Verschlechterungen und ggf. Informierung PA bei Abweichung von Parametern oder Auftreten von Symptomen, die ev. Maßnahmen erfordern (z.B. Beinödeme) • Ggf. Teilnahme an Patientinnen- bzw. Patientenschulung • Ggf. Unterstützung/Durchführung standardisierter Dokumentation vereinbarter Parameter
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer
• Patiententagebuch/Dokumentation vereinbarter Parameter • Ggf. Telemonitoring

4.1.3. Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich inkl. Primärversorgungseinheiten (PVE)

Tabelle 12: Rolle ‚Niedergelassener Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner und Primärversorgungseinheiten‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
• Patientenführung und Patientenkoordination (primäre Anlaufstelle für Patientenbetreuung) • Erstabklärung bei Verdacht auf Herzinsuffizienz • Screening auf Mangelernährung bei Diagnose • Identifikation von geeigneten DM(P)-Patienten (Einteilung der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz nach Behandlungsziel (vgl. Betreuungspfad)) • Aufnahme/Einschluss von Patienten in das DM(P): ◦ Information und Aufklärung über DM(P) (z.B. Nutzen/Vorteile) ◦ Einschreibung in DM(P) (u.a. Unterfertigung einer Einwilligungserklärung, Meldung an regionale Koordinierungsstelle) • Bereitstellung von Informationsmaterialien zum DM(P) • Zuordnung der Patienten zu Behandlungsziel 1, 2, 3a bzw. 3b gemäß Betreuungspfaden • Behandlung und Zuweisungen gemäß Pfaden • Auftitration der Medikation gemäß Behandlungspfaden • Medikamentenmanagement (Polypharmazie) • Management von Komorbiditäten • Enge Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie bzw. HI-Spezialisten/-Ambulanz gemäß Betreuungspfaden • Enge Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren in die Versorgung eingebundenen GDL • Bei Bedarf: Zuweisung zu nötigen Therapien (z.B. in Hinblick auf die physische Gesundheit, psychosoziale Unterstützung usw.) • Koordination und Austausch mit interdisziplinärem Team • Zeitnahes Management von Patienten nach KH-Entlassung • Überprüfung, ob Selbstmanagementfähigkeit der Patienten bzw. im Umfeld gegeben ist und kontinuierliche Supervision (wenn kein Selbstmanagement möglich ist) • Durchsicht der Selbstdokumentation und Empfehlungen/Anleitungen für weiteres Selbstmanagement • Beurteilung diverser Laborparameter und Setzen entsprechender Maßnahmen • Beurteilung von unerklärlichen Gewichtsänderungen, des Ernährungsstatus, der Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und Setzen entsprechender Maßnahmen • Individuelle Information und Beratung zu Erkrankung, Behandlung, regional verfügbaren Unterstützungsangeboten • Angebot einer Patienten- bzw. Angehörigenschulung (ggf. Zusammenarbeit/Kooperation/abwechselnde Organisation mit weiteren Programmpartnern)	

Aufgaben und Verantwortungsbereiche

- Abwägung der Möglichkeit der Rehabilitation (ambulant oder stationär) und Unterstützung bei nötigen Schritten (z.B. Antragstellung)
- Engmaschiges Follow-up nach stationären Aufenthalten (regelmäßige Visiten (ggf. zuhause), evtl. telefonische oder video-basierte Kontakte oder Tele-monitoring), ggf. in Kooperation mit DGKP
- Unterstützung/Teilnahme an Qualitätsmaßnahmen wie im DM(P) vorgesehen (z.B. jährliche Erhebungen Lebensqualität der DM(P)-Patienten)
- Organisation von interdisziplinären/multiprofessionellen Fallbesprechungen
- Unterstützung der Vernetzung und interdisziplinären Zusammenarbeit (z.B. durch Teilnahme an regelmäßigen Netzwerktreffen, Qualitätszirkeln, Fall-konferenzen)
- Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen
- Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen

(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer

- DM(P)-Informationsmaterial
- DM(P)-Schulungsmaterial
- Einwilligungserklärung für DM(P)-Teilnahme
- Feedbackberichte bei Telemonitoring
- DM(P)-Dokumentation
- Überweisungsformular
- (Vor-)Befunde (bisherige Therapie)

4.1.4. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger (niedergelassener Bereich)

Tabelle 13: Rolle ,Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger (niedergelassener Bereich)‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche (entsprechend des von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Kompetenzprofils in der Primärversorgung und in Abstimmung mit AM/PVE)	
• Unterstützung der Patientenführung • Vorselektion geeigneter Patienten für das DM(P) • Pflegeberatung der Patienten • Durchführung Pflegeassessment bzw. -diagnostik • Hilfe und Unterstützung der Patienten beim Selbstmanagement ◦ Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung der Lebensqualität und der Gesundheitskompetenz ◦ Unterstützung bei Verhaltensänderungen, Aufbau der Selbstmanagementfähigkeit und Stärkung der Adhärenz • Erkennen des Bedarfs an spezialisierter Palliativpflege und Zusammenarbeit mit Palliativ-/Hospizteam • Patienten- bzw. Angehörigenschulung • Information der Patienten zum DM(P) (z.B. Prozesse etc. sowie technische Einführung in Hinblick auf Telemonitoring-Modul) • Wahrnehmung von Symptomen und Zeichen der Herzinsuffizienz (z.B. Beinödeme) • Früherkennung von Verschlechterungen • Monitoring der Patienten und Informatierung der PA bei Abweichung von Parametern oder Auftreten von Symptomen, die ev. Maßnahmen erfordern • Beurteilung von unerklärlichen Gewichtsänderungen, Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und Setzen entsprechender Maßnahmen • Beurteilung diverser Laborparameter und Informatierung der PA bei Abweichungen von Parametern oder Auftreten von Symptomen, die ev. Maßnahmen erfordern • Engmaschiges Follow-up nach stationären Aufenthalten (regelmäßige Visiten (ggf. zuhause), evtl. telefonische oder video-basierte Kontakte oder Telemonitoring) gemäß Delegation von AM/PV • Wahrnehmung einer Koordinationsrolle im interdisziplinären Team • Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. mobiler Dienste • Unterstützung der Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit (z.B. Teilnahme an regelmäßigen Netzwerktreffen, Qualitätszirkel, Fallkonferenzen) • Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen • Fortbildung wie im DM(P) vorgesehen	

(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
	• DM(P)-Informationsmaterial • DM(P)-Schulungsmaterial • Pflegebericht • DM(P)-Dokumentation • Ggf. diverse Checklisten
4.1.5. Ordinationsassistentinnen bzw. Ordinationsassistenten	
Tabelle 14: Rolle ,Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten‘	
Aufgaben und Verantwortungsbereiche (entsprechend des von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Kompetenzprofils in der Primärversorgung und in Abstimmung mit AM/PVE)	
	• Administrative Unterstützung der Patientenführung inkl. Patientenadministration • Bei Teilnahmewunsch: Aushändigen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung • Verteilung von Informationsmaterialien zum DM(P) • Vereinbarung von Folgeterminen • Organisation von Gesundheits- und Sozialberufen bzw. von mobilen Diensten • Assistenz bei Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung nötiger Tätigkeiten, Untersuchungen und Therapien • Organisatorische und administrative Unterstützung bei der Planung der Patienten- bzw. Angehörigenschulung • Durchführung Abrechnungstätigkeiten im Rahmen des DM(P) • Dokumentationsassistenz und -administration sowie elektronische Befundübermittlung wie im DM(P) vorgesehen • Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
	• DM(P)-Informationsmaterial • Abrechnungsdaten • DM(P)-Dokumentation • Ggf. diverse Checklisten

4.1.6. Mobile Pflege- und Betreuungsdienste im niedergelassenen Bereich¹⁴

Tabelle 15: Rolle ‚Mobile Pflege- und Betreuungsdienste‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche
• Durchführung von Betreuung und Pflege (gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) auf der Grundlage einer expliziten Handlungsanweisung/The- rapieanordnung • Monitoring der Patienten hinsichtlich Verschlechterungen und Informatierung der PA bei Abweichung von Parametern oder Auftreten von Symptomen, die ev. Maßnahmen erfordern (z.B. Beinödeme) • Hilfe/Unterstützung beim Selbstmanagement • Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen • Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer
• Pflegebericht • Ggf. diverse Checklisten

¹⁴ z.B. Hauskrankenpflege, Heimhilfe, 24-Stunden-Pflege

4.1.1.7. Diätologinnen bzw. Diätologen

Tabelle 16: Rolle ‚Diätologinnen bzw. Diätologen‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
• Eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluierung der berufsspezifischen Therapie • Mitarbeit in einem interprofessionellen Team • Teilnahme an interprofessionellen Fallbesprechungen mit Therapieplanung • Monitoring der Patienten hinsichtlich Verschlechterungen und Informierung der PA bei Abweichung von Parametern oder Auftreten von Symptomen, die ev. Maßnahmen erfordern (z.B. Beinödeme) • Fachspezifische Informierung/Ernährungsberatung der Patienten (gemäß Berufsgesetz) • Erhebung des Ernährungszustandes mit validierten Screening-Tools und Setzen entsprechender Maßnahmen • Management der adäquaten Ernährungstherapie zur Verbesserung des Ernährungsstatus • Monitoring der Patienten hinsichtlich Einhaltung der Ernährungsempfehlungen • Schulung hinsichtlich Ernährungsempfehlungen im niedergelassenen Bereich • Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen • Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen	
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
• Befund/Behandlungsbericht	

4.1.8. Therapeutinnen bzw. Therapeuten und sonstige Gesundheits- und Sozialberufe im niedergelassenen Bereich¹⁵

Tabelle 17: Rolle ,Therapeutinnen bzw. Therapeuten‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche
• Eigenverantwortliche Planung, Durchführung und Evaluierung der berufsspezifischen Therapie/Versorgung/Beratung • Mitarbeit in einem interprofessionellen Team • Teilnahme an interprofessionellen Fallbesprechungen mit Therapieplanung • Monitoring der Patienten hinsichtlich Verschlechterungen und Informierung der PA bei Abweichung von Parametern oder Auftreten von Symptomen, die ev. Maßnahmen erfordern (z.B. Beinödeme) • Fachspezifische Informierung/Beratung der Patienten (gemäß Berufsgesetz) • Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen • Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer
• Befund/Behandlungsbericht

¹⁵ z.B.: Physiotherapeuten/-therapeuten, Psychotherapeuten/-therapeuten, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, die in der Primärversorgung tätig sind

4.1.9. Niedergelassene Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie

Tabelle 18: Rolle ,Niedergelassene Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
• Evidenzbasierte Behandlung gemäß Behandlungspfaden • Zuordnung der Patienten zu Behandlungsziel 1, 2, 3a bzw. 3b gemäß Betreuungspfaden • Durchführung einer Echokardiographie • Erstellung eines Therapieplans • Beurteilung diverser Laborparameter und Setzen entsprechender Maßnahmen • Beurteilung von unerklärlichen Gewichtsänderungen, des Ernährungsstatus, der Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und Setzen entsprechender Maßnahmen • Kontinuierliche Therapie und Betreuung von stabilen Hochrisikopatienten zum frühzeitigen Erkennen von Verschlechterungen und zur Optimierung der Risikoparameter (in enger Kooperation mit AM/PVE) • Entscheidung über Intensivierung der Therapie/des Managements (z.B. ICD, CRT) sowie entsprechende Kommunikation und Vorgaben an AM/PVE • Unterstützung AM/PVE bei Optimierungsmaßnahmen und Auftritation • Medikamentenmanagement (Polypharmazie) in Kooperation mit PA • Information über DM(P) (Bei Teilnahmewunsch: ,Vor-Einschreibung‘ mit Weitergabe Patienteninformationen an R-PK für Einschreibung) • Fachspezifische Informatierung/Beratung der Patienten • Mitwirkung an einer Patienten- bzw. Angehörigenschulung • Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen • Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen	
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
• DM(P)-Informationsmaterial • DM(P)-Schulungsmaterial • Zustimmungserklärung für Datenweitergabe an R-PK (bei Teilnahmewunsch) • Befund (inkl. Diagnose, Untersuchungsergebnisse, Therapieplan/-änderungen, weitere Vorgehensweise, Kontrolltermine) • DM(P)-Dokumentation	

4.1.10. Spezialambulanz und HI-Spezialistin bzw. HI-Spezialist

Tabelle 19: Rolle ‚Spezialambulanz und HI-Spezialistin bzw. HI-Spezialist‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
• Evidenzbasierte Behandlung gemäß Behandlungspfaden • Zuordnung der Patienten zu Behandlungsziel 1, 2, 3a bzw. 3b gemäß Betreuungspfaden • Erstellung eines Therapieplans • Beurteilung diverser Laborparameter und Setzen entsprechender Maßnahmen • Beurteilung von unerklärlichen Gewichtsänderungen, des Ernährungsstatus, der Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und Setzen entsprechender Maßnahmen • Kontinuierliche Therapie und Betreuung von Patienten mit Bedarf an intensivem Management (in enger Kooperation mit AM/PVE) • Entscheidung über Intensivierung der Therapie/des Managements (z.B. ICD, CRT) sowie entsprechende Kommunikation und Vorgaben an AM/PVE • Initiale Betreuung von Patienten mit komplexen Fragestellungen • Abklärung von spezifischen Herzerkrankungen (z.B. Amyloidose, Hypertrophe Kardiomyopathie) • Durchführung Optimierungs-Checks • Medikamentenmanagement (Polypharmazie) in Kooperation mit PA • Information über DM(P) (Bei Teilnahmewunsch: ‚Vor-Einschreibung‘ mit Weitergabe Patienteninformationen an R-PK für Einschreibung) • Fachspezifische Informierung/Beratung der Patienten • Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen • Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen	
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
• DM(P)-Informationsmaterial • DM(P)-Schulungsmaterial • Zustimmungserklärung für Datenweitergabe an R-PK (bei Teilnahmewunsch) • Befund (inkl. Diagnose, Untersuchungsergebnisse, Therapieplan/-änderungen, weitere Vorgehensweise, Kontrolltermine) • DM(P)-Dokumentation	

4.1.11. Krankenanstalten/Stationärer Bereich

Tabelle 20: Rolle ‚Krankenanstalten‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
• Erstabklärung akuter Ereignisse • Behandlung akuter Ereignisse • Beurteilung diverser Laborparameter und Setzen entsprechender Maßnahmen • Beurteilung von unerklärlichen Gewichtsänderungen, des Ernährungsstatus, der Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und Setzen entsprechender Maßnahmen • Stationäre Frühmobilisierung • Fachspezifische Informierung/Beratung der Patienten • Angebot von Patienten- bzw. Angehörigenschulungen (ggf. Zusammenarbeit/Kooperation/abwechselnde Organisation mit weiteren Versorgungspartnern im DM(P)) • Information über DM(P) (Bei Teilnahmewunsch: ‚Vor-Einschreibung‘ mit Weitergabe Patienteninformationen an R-PK für Einschreibung) • Bereitstellung von Informationsmaterial zum DM(P) • Bereitstellung psychosozialer Unterstützung • Abwägung der Möglichkeit der Rehabilitation (ambulant oder stationär) und Unterstützung bei nötigen Schritten (z.B. Antragstellung) • Therapieempfehlung bei Entlassung • Entlassungsmanagement • Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen • Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen	
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
• DM(P)-Informationsmaterial • DM(P)-Schulungsmaterial • Zustimmungserklärung für Datenweitergabe an R-PK (bei Teilnahmewunsch) • Befund (inkl. Diagnose, Untersuchungsergebnisse, Therapieplan/-änderungen, weitere Vorgehensweise, Kontrolltermine)/Entlassungsbrief • Pflegetransferierungs-/Situationsbericht • DM(P)-Dokumentation	

4.1.12. Rehabilitationseinrichtungen

Tabelle 21: Rolle ‚Rehabilitationseinrichtungen‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
• Fachspezifische Informierung/Beratung der Patienten • Beurteilung diverser Laborparameter und Setzen entsprechender Maßnahmen • Therapieoptimierung • Beurteilung von unerklärlichen Gewichtsänderungen, des Ernährungsstatus, der Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und Setzen entsprechender Maßnahmen • Angebot einer Patienten- bzw. Angehörigenschulung • Informierung über DM(P) (Bei Teilnahmewunsch: ‚Vor-Einschreibung‘ mit Weitergabe Patienteninformationen an R-PK für Einschreibung) • Bereitstellung von Informationsmaterialien zum DM(P) • Bereitstellung psychosozialer Unterstützung • Interventionen zur physischen Gesundheit • Dokumentation wie im DM(P) vorgesehen • Teilnahme an Fortbildungen wie im DM(P) vorgesehen	
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
• DM(P)-Informationsmaterial • DM(P)-Schulungsmaterial • Zustimmungserklärung für Datenweitergabe an R-PK (bei Teilnahmewunsch) • Befund (inkl. Diagnose, Untersuchungsergebnisse, Therapieplan/-änderungen, weitere Vorgehensweise, Kontrolltermine)/Entlassungsbrief • Entlassungsbrief • DM(P)-Dokumentation	

4.1.13. Zentrale Programmkoordination

Die zentrale Programmkoordination ist eine zentrale Organisationsstruktur im Rahmen des DM(P). Sie besteht neben der Programmleitung aus themenspezifischen Organisationseinheiten und arbeitet mit den regionalen Koordinationsstellen zusammen. Neben der Vorbereitung und der Unterstützung der Implementierung des DM(P) ist sie zudem für die Sicherstellung des laufenden Betriebs verantwortlich.

Die Tätigkeiten der zentralen Programmkoordination wurden in der folgenden Tabelle thematisch gruppiert und stellen keine vollständige Auflistung dar. Der genaue Bedarf sowie das Aufgabenprofil dieser richtet sich nach den vorhandenen Strukturen und Gegebenheiten in den Umsetzungsregionen. Gemeinsam mit der regionalen Programmkoordination sind von der zentralen Programmkoordination länderspezifisch unterschiedlich vorhandene Strukturen (z.B. Ausgestaltung der PVE, bestehende Netzwerke und Programme sowie Zusammenarbeit zwischen den Akteuren bzw. Akteuren) zu beachten, die bei einer Umsetzung individuell berücksichtigt werden müssen.

Tabelle 22: Rolle ‚Zentrale Programmkoordination‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
Programmleitung:	
• Gesamtverantwortung für das DM(P)	
• Steuerung und Administration des laufenden Betriebs	
• Budgetkontrolle	
• Beauftragung externer Partner (z.B. österreichweite IT-Umsetzung, externe evaluierende Stelle)	
• Beauftragung der medizinischen Qualitätssicherung (Auswahl und Etablierung eines Expertengremium)	
• Koordinierung des Expertengremiums hinsichtlich notwendiger Änderungen in den Behandlungspfad/Betreuungspfad bzw. in den Schulungsinhalten	
• Verantwortung für ein nachhaltiges Qualitätsmanagement:	
o Initiierung und Koordinierung der Anpassung der Qualitätsstrategie	
o Freigabe der vom Expertengremium definierten Zielvorgaben	
o Veröffentlichung eines jährlichen Qualitätsberichts	
• Beratung von Entscheidungsgremien	
• Mitwirkung bei Honorarverhandlungen	

Aufgaben und Verantwortungsbereiche

Interne Qualitätssicherung:

- Mitwirkung an der Umsetzung des Qualitätsmanagements des DM(P)
- Kontrolle der Einhaltung der Qualitätskriterien (z.B. Einhaltung der Fortbildungsverpflichtungen, Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen)¹⁶
- Unterstützung des Expertengremiums bei der Organisation von Qualitätsaudits
- Förderung der Vernetzung und interdisziplinären Zusammenarbeit durch z.B. Organisation regelmäßiger Koordinierungs-/Netzwerktreffen, Austauschtreffen zur Optimierung der Prozesse in der Zusammenarbeit
- Definition/Planung von Maßnahmen für ein strukturiertes Feedback der Qualitätsdaten an GDL (Planungen hinsichtlich Verfassung/Versand von standardisierten Feedbackberichten an teilnehmende GDL)
- Qualitätssicherung der Dokumentation bzw. Wahrnehmung der Schnittstellenfunktion zur Dokumentation im stationären/ambulanten und Reha-Bereich im Zusammenhang mit der regionalen Programmkoordination

Controlling:

- Erstellung des DM(P)-Budgets
- Planung der Mittelverwendung
- Reporting

Datenmanagement:

- Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern betreffend operativem Betrieb des Datenmanagementsystems
- Definition/Planung von Maßnahmen für Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen für Patienten und GDL (z.B. Planung hinsichtlich der Reminder für Kontrolltermine, Schulungstermine, relevante Veranstaltungen)

¹⁶ Die Kontrolle der Qualitätskriterien muss in den vertraglichen Vereinbarungen mit den jeweiligen Berufsgruppen fixiert werden.

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
Öffentlichkeitsarbeit:	• Marketingplanung und Öffentlichkeitsarbeit/Informatierung über das DM(P) – Zielsetzung Gewinnung von DM(P)-Ärzten und Patienten • Informationsmanagement (Sicherstellung eines aktuellen und gezielten Informationsflusses: Informationen werden zeit- und bedarfsgerecht allen relevanten Akteuren zugänglich gemacht) • Gestaltung und Betrieb einer DM(P)-Homepage • Regelmäßiger Versand eines Newsletters • Planung, Organisation und Mitwirkung an Veranstaltungen • Abstimmung regionaler Öffentlichkeitsmaßnahmen der regionalen Programmkoordination
Administrationsassistent:in	• Administration des laufenden Betriebs des DM(P) (z.B. Ansprechstelle betreffend organisatorischer Informationen zum DM(P)) • Bereitstellung und Versand von Informationsunterlagen, Behandlungspfaden, Erhebungsformularen udgl.
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
	• Administrationssoftware

4.1.14. Regionale Programmkoordination

Die regionale Programmkoordination ist eine regionale Organisationsstruktur im Rahmen des DM(P), die mit der zentralen Programmkoordination zusammenarbeitet. Sie agiert als Bindeglied zwischen der zentralen Programmkoordination, den jeweiligen Verrechnungsstellen, Vertragspartnerabteilungen und diversen Programmpartnern sowie den in der Region teilnehmenden GDL.

Tabelle 23: Rolle ‚Regionale Programmkoordination‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
• Regionale Ansprechstelle für alle am DM(P) teilnehmenden und interessierten GDL • Regionale Ansprechstelle für teilnehmende/interessierte Patienten für Rückfragen zum DM(P) • Administration des regionalen Betriebs des DM(P) (z.B. Mitgliederverwaltung, Bereitstellen von div. Unterlagen/Formularen, Abrechnung) • Vorstellung des DM(P) und Schulungsmaßnahmen für neue teilnehmende GDL • Aufbau, Mitgestaltung und Pflege von regionalen Netzwerken für die Durchführung des DM(P) in Zusammenarbeit mit regionalen Stakeholdern/Kooperationspartnern: ◦ U.a. Unterstützung bei der regionalen Rekrutierung von DM(P)-Teilnehmern zur Sicherstellung einer ausreichenden Verfügbarkeit von teilnehmenden GDL und Patienten ◦ Berücksichtigung regionaler Aspekte bei der Umsetzung des DM(P) (z.B. bestehende CHI-Projekte) ◦ Unterstützung der GDL bei der Gestaltung von funktionierenden regionalen Versorgungsabläufen ◦ Organisation von regionalen Qualitätszirkeln; ggf. in Zusammenarbeit mit (regionalen) Stakeholdern (z.B.: Ärztekammer) bzw. Kooperationspartnern • Monitoring der Versorgungsqualität und Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung • Teilnahme an Koordinations- bzw. Vernetzungstreffen und diversen Workshops der zentralen Programmkoordination • Organisation und Umsetzung regionaler Öffentlichkeitsmaßnahmen in Abstimmung mit der zentralen Programmkoordination	
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
• Liste teilnehmender AM/PVE und GDL • Administrationssoftware • Teilnahmeerklärung GDL • Teilnahmeerklärung Patienten	

4.1.15. Expertinnen- bzw. Expertengremium

Das Expertinnen- bzw. Expertengremium dient der unabhängigen wissenschaftlichen Qualitätssicherung. Es berät die von der Z-PK beauftragte evaluierende Stelle hinsichtlich der Evaluation („Was soll evaluiert werden?“) und mit welchen Maßnahmen auf die Ergebnisse reagiert werden kann.

Tabelle 24: Rolle ‚Expertengremium‘

Aufgaben und Verantwortungsbereiche	
• Definition/Festlegung und Anpassung von Zielwerten für den Erfüllungsgrad von Qualitätsanforderungen • Auswahl und gegebenenfalls Adaptierung der Qualitätsindikatoren • Organisation von und Teilnahme an Qualitätsaudits (auf Programmebene) mit externen Experten zur stichprobenartigen Überprüfung der Korrektheit der Dokumentation und zur Vereinbarung von einrichtungsspezifischen qualitätsverbessernden Maßnahmen • Verfassung eines jährlichen Qualitätsberichts • Erarbeitung von Pfadänderungen durch Implementierung neuer Behandlungsrichtlinien oder Konzeptänderungen durch ev. geänderte Versorgungsstrukturen oder geänderten Versorgungsbedarf unter Koordinierung durch die zentrale Koordinationsstelle	
(Optionale) Tools und Dokumente für Informations-/Datentransfer	
• Jährlicher Qualitätsbericht	

4.2. Dokumentationsstellen

Ein abgestimmtes Zusammenwirken folgender Gruppen von Akteurinnen bzw. Akteuren ist für das Datenmanagement unter Berücksichtigung vorhandener bzw. verfügbarer Ressourcen (sowohl systemseitig als auch patientinnen- bzw. patientenseitig) und der damit möglichen Primärversorgungsmodelle wesentlich:

- Patientinnen bzw. Patienten (wenn Relevanz im Setting der Patientin bzw. des Patienten sind An- bzw. Zugehörige/Pflege/sonst. Betreuung wie Heimhilfe etc. einzu- binden): Gemäß medizinischem Rahmenkonzept (vgl. Teil I) sollen in einem österreichweiten Disease-Management für CHI grundsätzlich alle Patientinnen bzw. Patienten mit der Diagnose einer solchen Berücksichtigung finden – im stationären wie auch im niedergelassenen Bereich mit niedrigem und hohem Risiko für ein Event.
- Kompetente und mit Wissen rund um die Versorgung im DM(P) CHI geschulte GDL mit definierter primärer Anlaufstelle (evtl. unter Berücksichtigung weiterer Unterstützungsangebote/erweiterter Behandlungsmöglichkeiten):
 - Team Primärversorgung/hausärztliches Team (Zusammensetzung vgl. Abbildung 15),
 - Niedergelassene/r Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie,
 - HI-Spezialistin bzw. HI-Spezialist bzw. Spezialambulanz,
 - Krankenhaus/stationär,
 - Rehabilitation.
- Disease-Management-Programmkoordination als systematische organisatorische Unterstützung (im Hintergrund technischer Support, medizinischer Support etc.).

Die gelisteten Akteurinnen bzw. Akteure sind dem medizinischen Rahmenkonzept entnommen und stellen daher auch die zentralen Personengruppen für die Organisation der Dokumentation im DM(P) CHI dar. Diese Aufzählung ist aber keinesfalls als abschließende, taxative Auflistung zu sehen. In Abbildung 16 wird nochmals ein Überblick über die drei zentralen Gruppen von Akteurinnen bzw. Akteuren für das Datenmanagement im DM(P) CHI geschaffen.

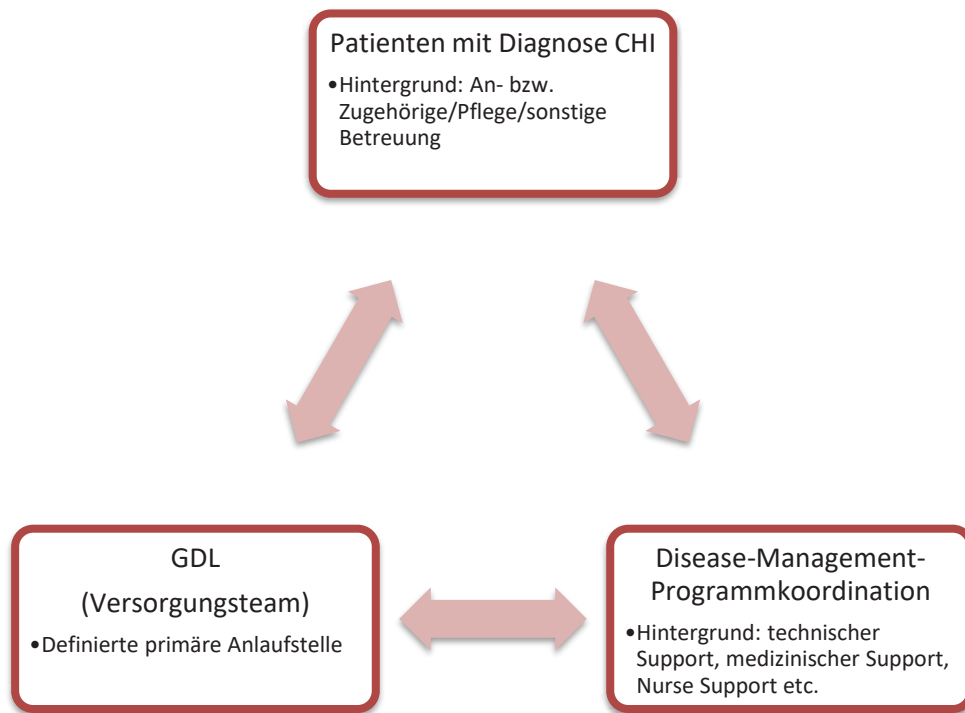


Abbildung 16: Zentrale Gruppen von Akteurinnen bzw. Akteuren für das Datenmanagement im DM(P)

4.2.1. Aufgaben und Erwartungen

Um die angestrebte gemeinsame Datenbasis zu schaffen, ist zu regeln, welche Akteurinnen bzw. Akteure für die Erfassung und Dokumentation welcher Daten zuständig sind. Die folgende Abbildung 17 bietet einen Überblick über zentrale Datenhalter (Datenlieferantinnen bzw. -lieferanten, Datenbearbeiterinnen bzw. -bearbeiter und Datenempfängerinnen bzw. -empfänger/-verarbeiterinnen bzw. -verarbeiter) in Hinblick auf die DM(P) Basisdokumentation, die ggf. in einem weiteren Schritt zu ergänzen sind. Daraus lässt sich erkennen, bei welchen Akteurinnen bzw. Akteuren in der Versorgung Daten anfallen bzw. zu dokumentieren sind und in weiterer Folge von Akteurinnen bzw. Akteuren im DM(P) CHI bearbeitet und empfangen werden.

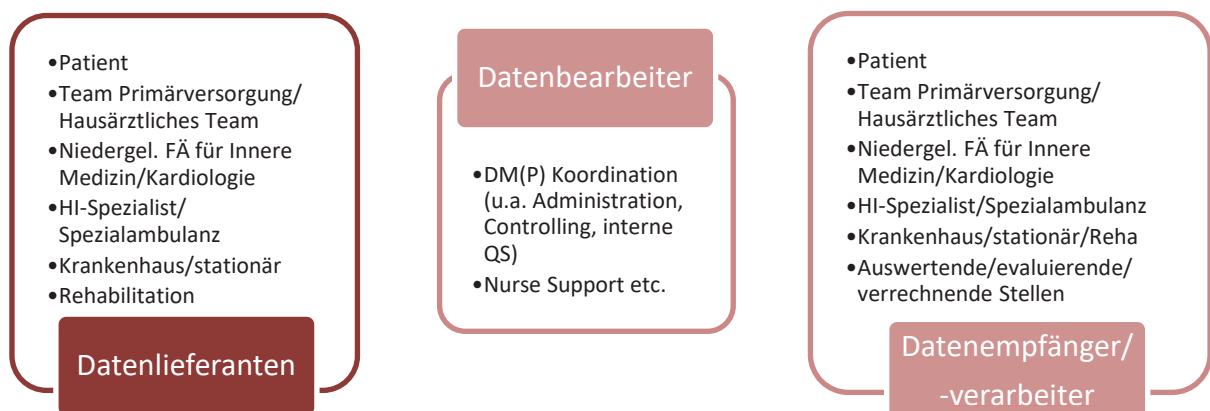


Abbildung 17: Beschreibung Datenhalter im DM(P) CHI

Im Folgenden werden die einzelnen Datenhalter den Dokumentationsstellen zugeordnet und deren Zuständigkeitsbereiche in Hinblick auf die Datenerfassung und -dokumentation definiert sowie deren Erwartungshaltung an das Datenmanagement beschrieben.

Primäre Anlaufstelle für Patientinnen- bzw. Patientenbetreuung

Im medizinischen Rahmenkonzept wird die kontinuierliche Betreuung primär über die Hausärztin bzw. den Hausarzt (Behandlungsziel 1 und 2) empfohlen. Abhängig vom Behandlungsziel kann eine intensivere Betreuung durch die niedergelassene Internistin bzw. den niedergelassenen Internisten sowie die Kardiologin bzw. den Kardiologen (Behandlungsziel 3) oder durch HI-Spezialistinnen bzw. -Spezialisten bzw. die HI-Ambulanz (Behandlungsziel 4) unter Einbindung der Hausärztin bzw. des Hausarztes notwendig sein. Das bedeutet, dass die Betreuung durch die primäre Anlaufstelle abgestimmt auf die konkrete Versorgungssituation in enger Kooperation mit den relevanten Akteurinnen bzw. Akteuren zu erfolgen hat. Demnach wird ein wesentlicher Teil der Datenerhebung (Erhebung von Stammdaten und Daten aus der medizinischen Dokumentation) im DM(P) CHI im Normalfall vom Team der Primärversorgung bzw. dem hausärztlichen Team als ‚primäre Anlaufstelle‘ übernommen.

Die Aufgaben der ‚primären Anlaufstelle‘ in Hinblick auf das Datenmanagement umfassen:

- Erstabklärung – Erhebung und Dokumentation,
- Übermittlung der Beitrittserklärung von GDL an DM(P) Koordination,
- Patientinnen- bzw. Patienteninformation/Aufklärung gemäß DM(P)-Informationsmaterial inkl. Unterfertigung der Einwilligungserklärung,
- Elektronische Einschreibebeanfrage für Patientin bzw. Patient an DM(P) Koordination inkl. Übermittlung der Stammdaten (Vor-Einschreibung),
- Medizinische Erstdokumentation nach Einschluss in das DM(P),
- Regelmäßige DM(P)-Basisdokumentation (Intervalle entsprechend des Behandlungsziels),
- Jährliche Erhebung der Lebensqualität,
- Ggf. regelmäßige Überprüfung der von Patientinnen bzw. Patienten übermittelten Daten bei Nutzung von Telemonitoring (Intervalle entsprechend des Behandlungsziels/der Patientinnen- bzw. Patientenressourcen),
- Terminkoordination (Kontrollen, Zuweisungen etc.).

Erwartungshaltung:

- Minimaler Verwaltungsaufwand,
- Technische Unterstützung durch Administrationssoftware und elektr. Datenmanagementsystem inkl. entsprechender Berechtigungen,
- Technischer Support,
- Unterstützung bei Patientinnen- bzw. Patientenadministration durch Assistenz/Nurse Support,
- Formular Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
- DM(P)-Informationsmaterialien und Schulungsangebot für Patientinnen bzw. Patienten,
- Zeitnahe Bestätigung der Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung durch DM(P)-Koordination,

- Nutzen aus der Dokumentation für Therapie (verfügbar: Patientenbrief, Kardiologische Befunde, EKG, Verlaufsdarstellung),
- Ergänzende Funktionalitäten (Terminfindung, Erinnerungsfunktion),
- Feedbackberichte,
- Bereitstellung des Erhebungsformulars ‚Fragebogen zur Lebensqualität‘.

Patientin bzw. Patient

Insbesondere im Falle der Nutzung von Telemonitoring kommt der Patientin bzw. dem Patienten (ggf. unterstützt durch An- bzw. Zugehörige, Pflege oder sonst. Betreuung) selbst die Rolle der Datenlieferantin bzw. des Datenlieferanten zu. Die Aufgaben der Patientinnen bzw. Patienten in Hinblick auf das Datenmanagement umfassen dabei:

- Unterzeichnung der Teilnahme-/Einwilligungserklärung,
- Ggf. regelmäßige Aufzeichnung und Übermittlung von Körpergewicht, Blutdruck und Herzfrequenz (Telemonitoring) (Intervalle entsprechend des Behandlungsziels/der Ressourcen der Patientin bzw. des Patienten),
- Meldung von wahrnehmbaren Auffälligkeiten/Verschlechterungen.

Erwartungshaltung:

- Zugriffsmöglichkeit auf (Kommunikations-)Plattform,
- Terminerinnerung/Termindaten,
- Nutzen aus Dokumentation für Therapie,
- Möglichkeit der niederschweligen Kontaktaufnahme mit primärer Anlaufstelle,
- Zeitnahe Rückmeldung durch primäre Anlaufstelle,
- Rasche Einleitung von Maßnahmen in Notfällen,
- Erinnerungssystem/Kontrolltermine,
- (Online-)Schulungen,
- Bereitstellen eines Patientinnen- bzw. Patiententagebuchs mit Möglichkeit zur Aufzeichnung von Gewicht, Blutdruck und Medikamenteneinnahme,
- Technischer Support.

Weitere GDL

Die Erfassung ergänzender Daten über die Dokumentation der primären Anlaufstelle hinaus (Kontrollen, Therapieadaptation etc.) ist durch die entsprechenden GDL (Fachärztinnen/-ärzte, stationärer Bereich, Rehabilitation) sicherzustellen. Die Aufgaben weiterer GDL in Ergänzung zur primären Anlaufstelle (z.B. HI-Spezialambulanz, Krankenhaus/stationär) in Hinblick auf das Datenmanagement umfassen:

- DM(P)-Basisdokumentation,
- Ggf. Einleiten von Notfallmaßnahmen

Erwartungshaltung:

- Zugriff auf bestehende Daten mit Lese- und Schreiberechten,

- Nutzen aus Dokumentation für Therapie,
- Feedbackberichte,
- Technischer Support.

DM(P) Koordination

Wie bereits in Abschnitt 4.1.13 und Abschnitt 4.1.14 dargestellt, lässt sich die DM(P)-Koordination in die zentrale und regionale Programmkoordination untergliedern und umfasst neben der Administration und der Programmleitung weitere Organisationseinheiten wie beispielsweise die operative Qualitätssicherung.

Die Aufgaben der DM(P)-Koordination in Hinblick auf das Datenmanagement umfassen insbesondere:

- Verifizierung der Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung (beispielsweise Arztwechsel),
- Aktivierung des elektronischen Datenmanagementsystems im Zuge der Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung,
- Benutzerverwaltung (Berechtigungen),
- Administration von Patientinnen- bzw. Patientenaustritten, Austritten von GDL,
- Erster Ansprechpartner bei Fragen/Problemen mit dem elektronischen Datenmanagementsystem; Weiterleitung bei technischen Problemen an Supportdienst,
- Informationsmanagement,
- Organisation der Erhebung der Zufriedenheit der GDL mit dem DM(P) CHI in Form von Fokusgruppen-Interviews (4-6 Teilnehmende pro Gruppe; 1, 3 und 5 Jahre nach Start des DM(P) CHI),
- Organisation Erhebung der Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten mit dem DM(P) CHI (persönliche, leitfadengestützte Interviews mit freiwilligen Patientinnen bzw. Patienten aus dem DM(P) mit anschließender Inhaltsanalyse 1, 3 und 5 Jahre nach Start des DM(P)),
- Sicherstellung der elektronischen Verfügbarkeit qualitätsgesicherter medizinischer Daten und deren Verknüpfbarkeit mit Verrechnungsdaten,
- Dokumentation der Projekt- bzw. Programmkosten DM(P) pro Jahr,
- Programminterne Qualitätssicherung inkl. Verfassen von Feedbackberichten an die GDL.

Erwartungshaltung:

- Technische Unterstützung durch Administrationssoftware und elektr. Datenmanagementsystem inkl. entsprechender Berechtigungen,
- Technischer Support,
- Zeitgerechte Verfügbarkeit der notwendigen Daten (pseudonymisiert) für Auswertungen/Berichte,
- Möglichkeit der niederschwelligen Kontaktaufnahme mit Akteurinnen bzw. Akteuren.

4.2.2. Datenspezifikation

Im Zuge der Arbeiten zu diesem Teilkonzept wurde der Frage nachgegangen, welche Daten von den Dokumentationsstellen zu erfassen bzw. zu dokumentieren sind. Wesentlich ist, dass Datenfelder dabei immer (bedingt) verpflichtend sind, um Lücken in der Dokumentation zu vermeiden. Als fakultatives bzw. bedingtes Feld ist in diesem Zusammenhang jene Datenerfassung zu verstehen, die nicht bei allen Patientinnen bzw. Patienten zwingend ist. Diese bedingten Felder betreffen spezielle Patientinnen- bzw. Patientengruppen, beispielsweise Personen mit implantiertem Cardioverter-Defibrillator (ICD). Es braucht gegebene Vorbedingungen; ein Pflichtfeld davor entscheidet darüber, ob sich ein bestimmtes nachfolgendes Datenfeld öffnet oder nicht (z.B. ‚Implantat vorhanden‘ – ‚ja/nein‘). Grundsätzlich gilt die Prämisse, die richtigen Daten für die richtige Verwendung zu definieren. Werden dokumentierte Daten nicht ihrer entsprechenden Verwendung zugeführt, liegen Daten brach. Ihre Dokumentation ist folglich als unnötig zu betrachten.

In einem ersten Schritt ist zu klären, welche Arten von Daten im DM(P) CHI zu unterscheiden sind. Die DM(P)-Basisdokumentation stellt dabei die Grundlage dar und muss für spezifische Bereiche, wie z.B. für die Evaluation, um bestimmte Routinedaten des Gesundheitssystems und allgemeine statistische Daten ergänzt werden (vgl. Teil VI Evaluation).

DM(P)-Basisdokumentation

Empfohlen wird eine DM(P)-Basisdokumentation, die folgende Datenbereiche umfasst:

DM(P)-administrative Datensätze:

- Stammdaten je Patientin bzw. Patient,
- Strukturdaten der beteiligten Einrichtungen/Akteurinnen bzw. Akteure.

DM(P)-medizinische Datensätze:

- Verlaufsdokumentation je Patientin bzw. Patient,
- Verordnete Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel (aus Routinedaten),
- Durchgeführte (medizinische) Einzelleistungen (aus Routinedaten).

Exkurs: Die deutsche DMP-Anforderungs-Richtlinie/DMP-A-RL sieht folgende Herzinsuffizienz Dokumentation für strukturierte Betreuungsprogramme vor (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020c, 120f):

Tabelle 25: Beispiel Herzinsuffizienz-Dokumentation, Richtlinie gemeinsamer Bundesausschuss (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020c, 120f)

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Serum-Elektrolyte und eGFR in den letzten 6 Monaten	Ja/Nein
2	Symptomatik	NYHA I/ NYHA II/ NYHA III/ NYHA IV

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Relevante Ereignisse		
3	Ungeplante stationäre Behandlung wg. Herzinsuffizienz seit der letzten Dokumentation ¹⁷	Anzahl
Medikamente		
4	ACE-Hemmer Evidenzbasierte Zieldosis	Ja/Nein/Kontraindikation ¹⁸ /ARB Erreicht/Nicht erreicht/Titrationsphase ¹⁹ /Max. tolerierte Dosis erreicht
5	Betablocker Evidenzbasierte Zieldosis	Ja/Nein/Kontraindikation Erreicht/Nicht erreicht/Titrationsphase ²⁰ /Max. tolerierte Dosis erreicht
Schulung		
6	Herzinsuffizienz-spezifische Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja/Nein/Schulung bereits vor Einschreibung in das DMP erfolgt
7	Empfohlene Herzinsuffizienz-spezifische Schulung wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
8	Regelmäßiges körperliches Training ²⁰	Ja/Nein/Nicht möglich
9	Führen eines Gewichtsprotokolls	Ja/Nein/Nicht erforderlich

Die zentrale Basis für notwendigerweise zu erhebende Daten im Rahmen der DM(P)-CHI-Routineprozesse bilden die einzelnen erarbeiteten Teilkonzepte (wie z.B. Teil A, ‚Medizinisches Rahmenkonzept‘, oder das Teilkonzept ‚Evaluation‘ etc.) mit konkreten Ausführungen zum Datenbedarf. Die im Rahmen der DM(P)-Basisdokumentation empfohlenen zu erhebenden/dokumentierenden Daten gegliedert nach Datenarten sind aufgrund ihres Umfangs in Tabellenform als Anhang 2 dieses Konzepts zu finden. Diese Tabelle stellt jedoch keine taxative Aufzählung dar, sondern bildet lediglich den derzeitigen Wissensstand aus den erarbeiteten Teilkonzepten in Hinblick auf die zu erhebenden Daten ab. Im Rahmen weiterführender Arbeiten für eine nachfolgende DM(P)-Umsetzung ist diese Tabelle zu prüfen, ergänzen und ggf. zu adaptieren.

Um Auswertungen zu ermöglichen, ist es notwendig, dass ein Patientinnen- bzw. Patienten-Pseudonym²¹ in allen patientinnen- bzw. patientenbezogenen Datensätzen als Verknüpfungsschlüssel mitgeführt wird.

Routinedaten des Gesundheitssystems und allgemeine statistische Daten

Die beschriebene DM(P)-Basisdokumentation bildet eine wesentliche Säule für die Analysen und Indikatoren-Berechnung im Rahmen der Evaluation. Ergänzend zur Erhebung bestimmter (medizinischer) Daten als Teil der DM(P)-Basisdokumentation durch die primäre

¹⁷ Angaben erforderlich erst ab zweiter bzw. bei allen folgenden Dokumentationen.

¹⁸ Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten.

¹⁹ Hinweis für Ausfüllanleitung: gleichzeitiges Ankreuzen von ‚Nicht erreicht‘ und ‚Titrationsphase‘ erlauben.

²⁰ Angabe erforderlich für NYHA I-III.

²¹ Für die Indikatoren-Berechnung im Rahmen der Evaluierung ist eine sektorenübergreifende Verknüpfung der Datensätze unter Verwendung eindeutiger Patientinnen- bzw. Patienten-Pseudonyme erforderlich. Zur genauen Vorgehensweise zur sektorenübergreifenden Datenverknüpfung siehe Manual Evaluation.

Anlaufstelle bzw. als Aufgabe der DM(P)-Koordination (Organisation der Befragung zur Zufriedenheit der Patientinnen bzw. Patienten bzw. jene der GDL mit dem DM(P) siehe Abschnitt 4.2.1) werden für die Evaluation Daten aus der Routinedokumentation des österreichischen Gesundheitswesens und aus dem Bereich der allgemeinen Statistik in Österreich benötigt.

Folgende routinemäßig erhobenen Datensätze²² der unterschiedlichen Versorgungssektoren des Gesundheitssystems (Daten der Sozialversicherung, Daten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie Daten der Landesgesundheitsfonds) werden für die Evaluation benötigt und sind bei der jeweiligen Datenhalterin bzw. beim jeweiligen Datenhalter anzufordern (vgl. Teil VI Evaluation):

- Folgekostendatensätze zu e-card-Konsultationen, Einzelleistungen inklusive Kostendaten der Sozialversicherung,
- Folgekostendatensätze zu eingelösten Heil- und Hilfsmitteln sowie Heilbehelfen inklusive Kosten der Sozialversicherung,
- Folgekostendatensätze zu Krankentransporten inklusive Transportkosten der Sozialversicherung,
- Krankenanstalten-Dokumentation (KDok) im XMBDS-Format zu stationären Aufenthalten und spitalsambulant Besuchen der Landesgesundheitsfonds bzw. des BMSGPK (Diagnose- und Leistungsdaten sowie LKF-Scoring-Daten).

Folgende Daten der allgemeinen Statistik sind im Zuge von Auswertungstätigkeiten im DM(P) CHI anzufordern (vgl. Teil VI Evaluation):

- Bevölkerungsstand und die Bevölkerungsstruktur auf regionaler Ebene,
- Personalstände im Gesundheitswesen (z.B. Gesamtzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte je Fachgruppe).

5. PROZESSBESCHREIBUNGEN

In den folgenden Abschnitten werden jene Prozesse, denen im Rahmen des DM(P) CHI ein zentraler Stellenwert zukommt, dargestellt. Sie skizzieren die Abläufe der Versorgung sowie notwendiger administrativer Tätigkeiten und dienen als Orientierung für alle am Programm teilnehmenden Akteurinnen bzw. Akteure. Weitgehend ausgenommen sind detaillierte Darstellungen diagnostischer, therapeutischer und zuweisungsspezifischer Prozesse. Diese wurden bereits im Vorfeld im Sinne von Behandlungs- und Betreuungspfaden im medizinischen Konzept erarbeitet.²³

Die in den Prozessdarstellungen verwendeten Symbole weisen die folgenden Bedeutungen auf:

²² Detaillierte Datenspezifikation siehe Manual Evaluation.

²³ Abrufbar unter <https://svbox.sozvers.at/wgkk/s/fQASmqw8wF8fYWp>.

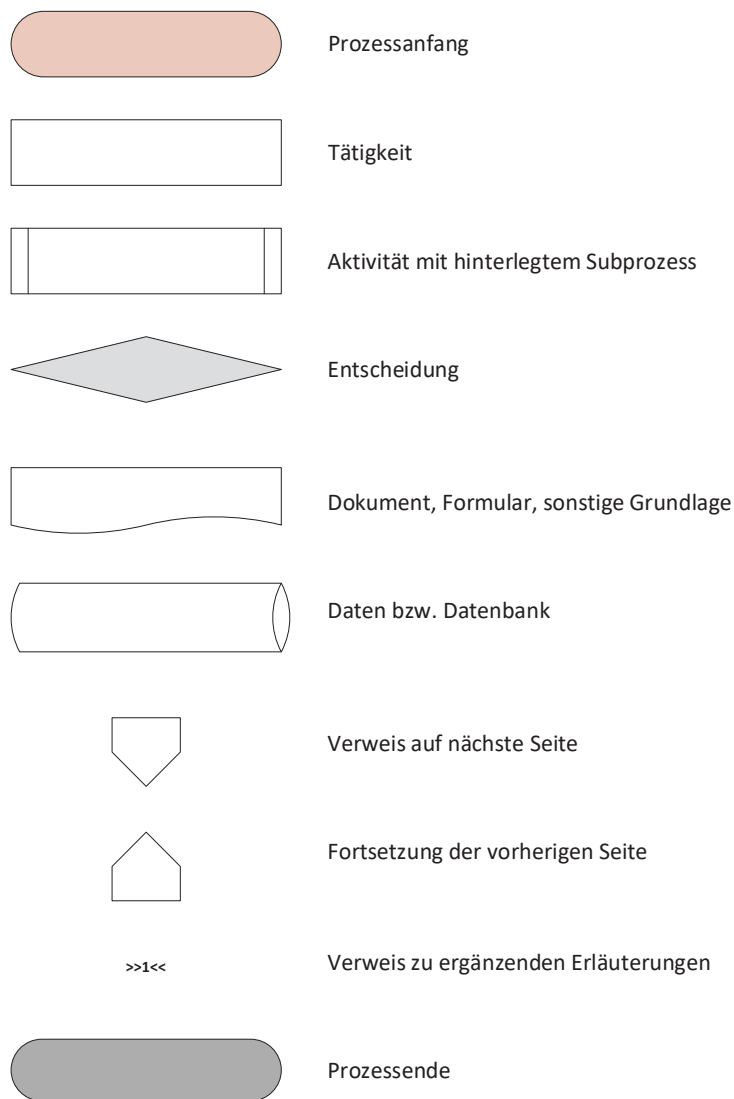


Abbildung 18: Legende Prozessdarstellungen

5.1. Versorgungspfad

Beim Versorgungspfad handelt es sich um eine gesamthafte Darstellung der versorgungsrelevanten Prozesse. Er fasst die Abläufe auf aggregierter Ebene zusammen und bildet somit „den Weg der Patientinnen bzw. Patienten durch das DM(P) CHI“ prozesshaft ab. Der Versorgungspfad gliedert sich in die beiden Bereiche vor und während der Versorgung im DM(P).

Im Zuge der kontinuierlichen Versorgung werden sich immer wieder Änderungen des Gesundheitszustands oder des Betreuungsbedarfs der Patientinnen bzw. Patienten ergeben. Dieser individuelle Bedarf lässt sich ohne Einschränkungen der notwendigen flexiblen Versorgung und auch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Patientinnen- bzw. Patiententypen nicht detailliert darstellen. Dennoch sollen der Versorgungspfad sowie die dahinterliegenden Prozessdarstellungen die Abläufe zumindest grob visualisieren, damit alle teilnehmenden Akteurinnen bzw. Akteure ein gemeinsames Verständnis des DM(P) entwickeln können.

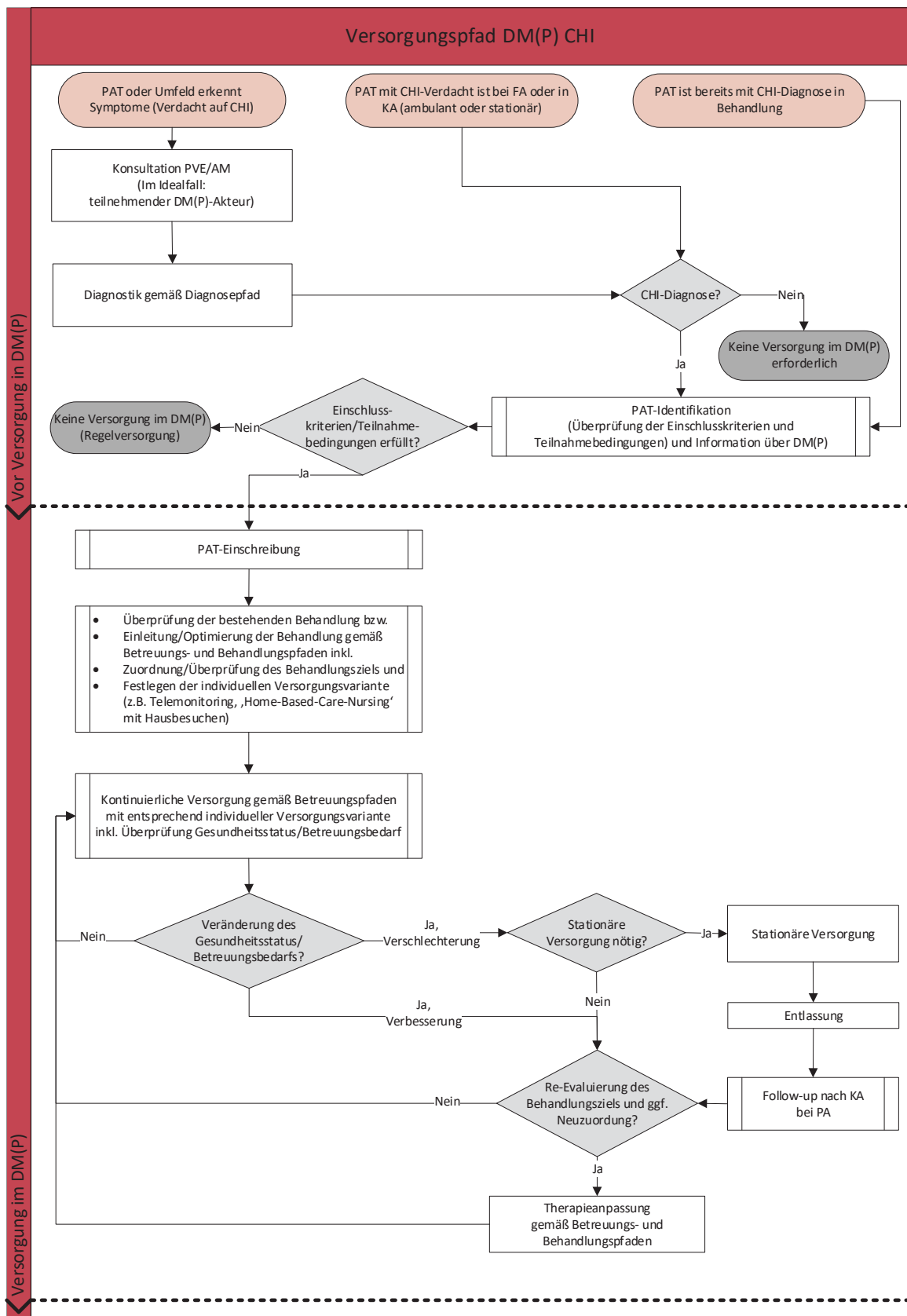


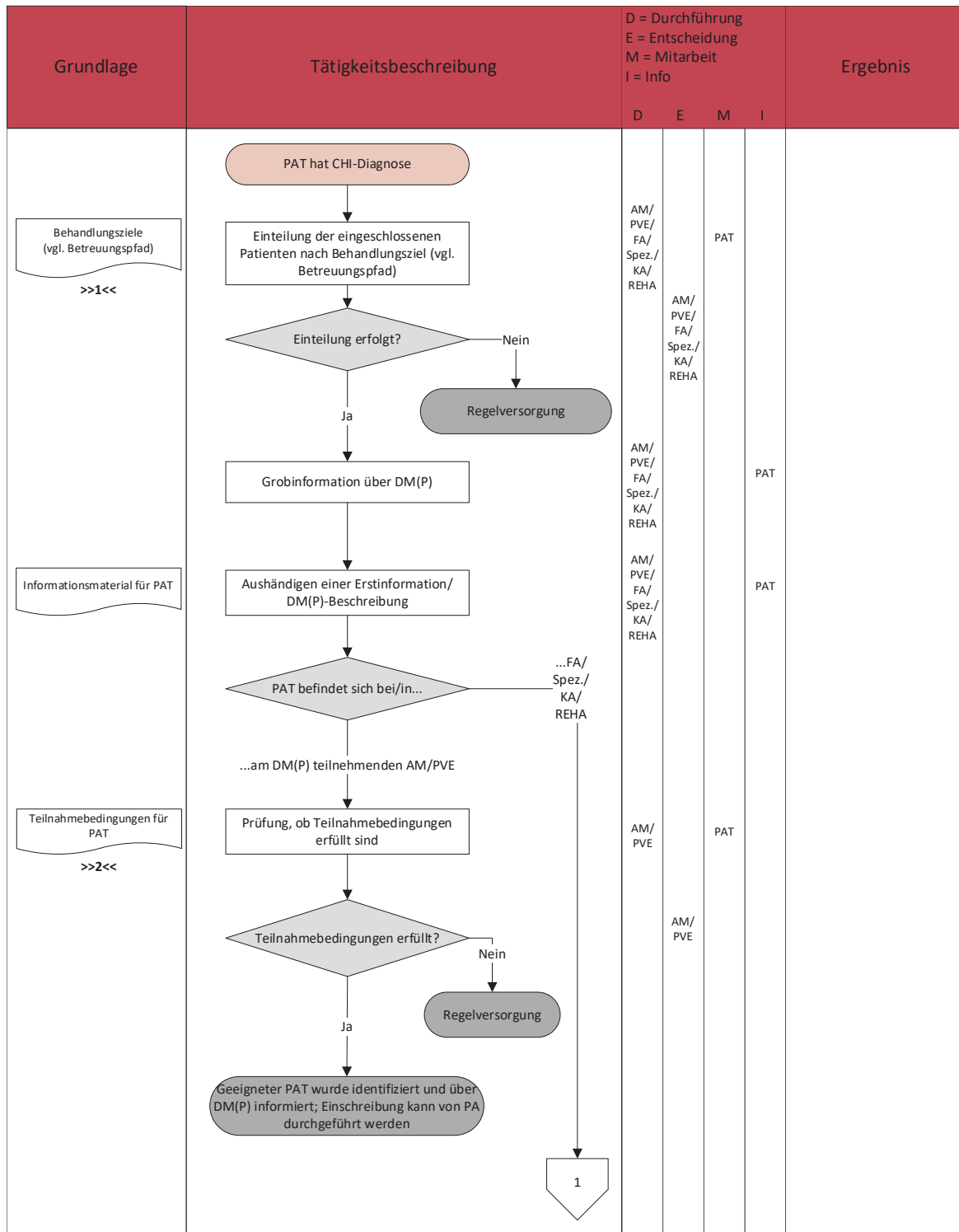
Abbildung 19: Versorgungspfad des DM(P) CHI

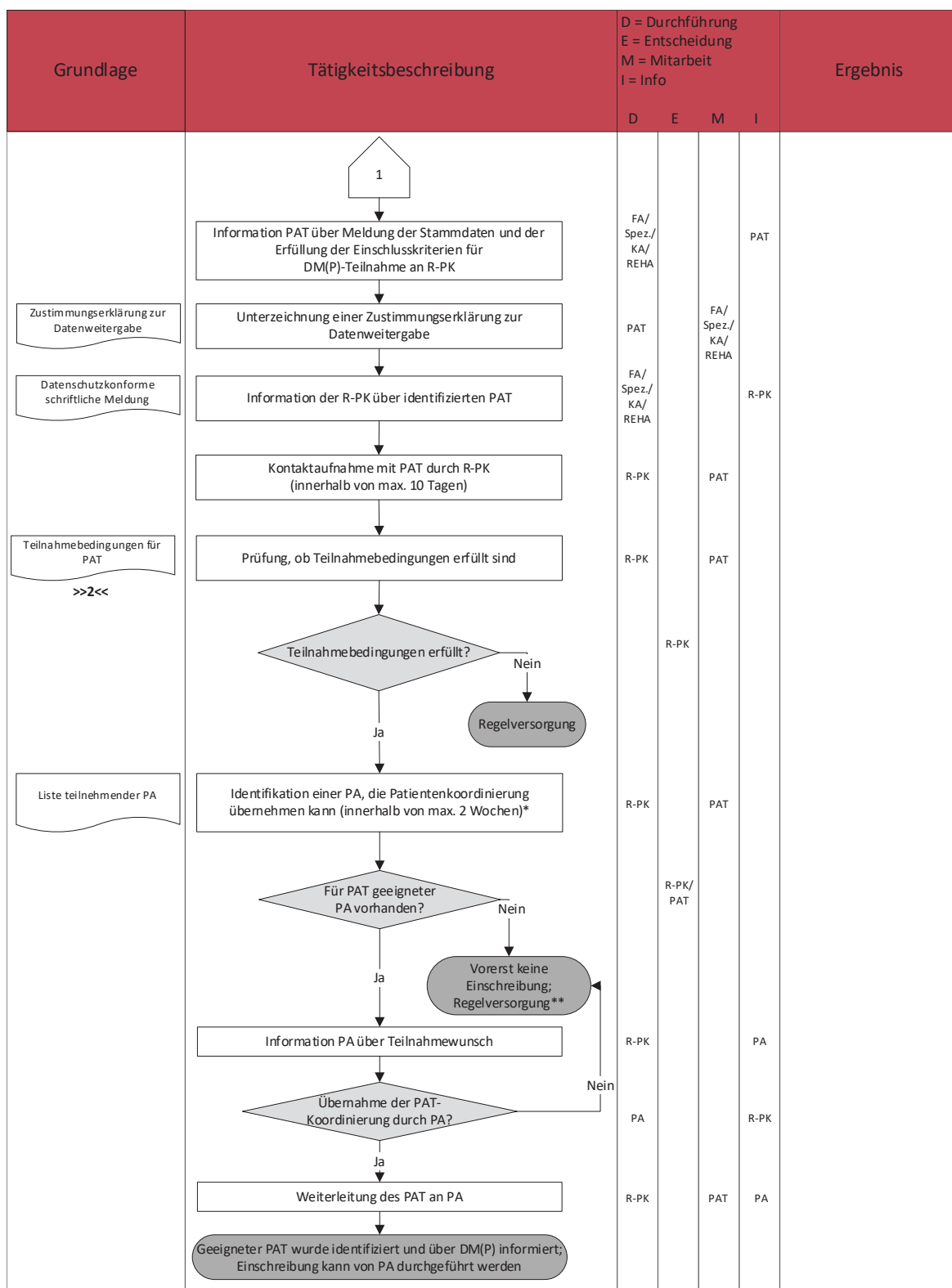
5.2. Versorgungsrelevante Prozesse

Die Prozessabbildungen gliedern sich in vier Bereiche. Der Hauptteil umfasst die ‚Tätigkeitsbeschreibung‘, die alle zum jeweiligen Versorgungsschritt nötigen Aktivitäten chronologisch darstellt. Diesen Tätigkeiten sind jeweils in der Spalte ‚Grundlagen‘ jene Dokumente bzw. Daten(-banken) zugeordnet, die für diesen Schritt Bedeutung haben bzw. herangezogen werden sollen. Im Bereich ‚Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten‘ wird dargestellt, wo die Verantwortung für Durchführung, Entscheidung, Mitarbeit und Informierung bei den genannten Prozessschritten liegt. Dabei handelt es sich um den Ort der Zuständigkeit. Demnach sind beispielsweise Tätigkeiten, die mit der Zuständigkeit ‚PA‘ oder ‚AM/PVE‘ gelistet sind, nicht ausschließlich als ärztliche Tätigkeiten zu verstehen, sondern können entsprechend des von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Kompetenzprofils in der Primärversorgung und in Abstimmung mit Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern/PVE bzw. entsprechend den Rollenbeschreibungen des DM(P) auch an andere Berufsgruppen delegiert werden. Bei Bedarf kann die primäre Anlaufstelle also für die Erfüllung ihrer Aufgaben weitere GDL (z.B. Diätologinnen bzw. Diätologen) heranziehen. Ergänzend wird in der Spalte ‚Ergebnis‘ das jeweilige Resultat bzw. die Auswirkung der Prozessschritte dargestellt.²⁴

²⁴ Die in den Prozessen genannte Abkürzung ‚FA‘ meint hier ‚Fachärztin/Facharzt für Kardiologie bzw. Innere Medizin‘. Die Bezeichnung ‚GDL‘ umfasst im Konkreten folgende Gesundheitsdienstleister: AM, PVE, FA, Spez., KA und REHA

5.2.1. Patientinnen- bzw. Patientenidentifikation und Information über DM(P)





*Die Identifikation einer PA stellt eine Serviceleistung der R-PK dar, um die Chancengleichheit der PAT zu unterstützen.

**Grundsätzlich ist ein Wechsel der primären Anlaufstelle möglich. Bei nicht am DM(P) teilnehmenden Hausärzten der PAT kann jedoch die R-PK mit der Ordination in Kontakt treten, über das Programm informieren und eine Aufnahme in dieses veranlassen.

- >>1<<
- **Stabiler HI-PAT:**
 - Nieren- und Kaliumwerte im Normalbereich, RR_{syst.} ≥ 90 mmHg, NYHA I-III, keine oder minimale Stauungszeichen
 - **HI-PAT, dessen Medikation aufgrund potentiell reversibler Probleme (z.B. Nieren- oder Kaliumwert, RR_{syst.}) (noch) nicht auftritiert werden konnte**
 - **stabiler HI-Hochrisiko-PAT (PAT mit optimierter Therapie):**
 - RR_{syst.} < 90 mmHg oder eGFR < 50 ml/min/1,73 m² oder NT-proBNP > 1.000 pg/ml oder Schleifendiuretikabedarf mit Äquivalenzdosis ≥ 80 mg/d Furosemid
 - **HI-PAT mit intensivem Management (PAT mit sehr hohem Risiko, trotz optimierter Therapie):**
 - Schwere Symptome und Zeichen der Herzinsuffizienz oder RR_{syst.} < 85 mmHg, eGFR < 30 ml/min/1,73 m² oder NT-proBNP > 2.000 pg/ml
- >>2<<
- Bereitschaft zur Teilnahme/Freiwilligkeit
 - Bereitschaft zum aktiven Selbstmanagement (sofern Ressourcen dies zulassen):
 - Monitoring der Symptome, Früherkennung von Verschlechterungen und entsprechende Reaktion
 - Standardisierte Dokumentation vereinbarter Parameter (Führung eines PAT-Tagebuchs)
 - Teilnahmebereitschaft an PAT-Schulung
 - Anspruch auf Leistungen bei mindestens einem der a-me-card-System teilnehmenden Krankenversicherungsträger

Abbildung 20: Patientinnen- bzw. Patientenidentifikation und Information über DM(P)

Es wird empfohlen, jene Patientinnen bzw. Patienten, die nicht ins DM(P) CHI eingeschrieben werden können, nach Möglichkeit in intramural stattfindende Schulungen einzubinden.

5.2.2. Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung

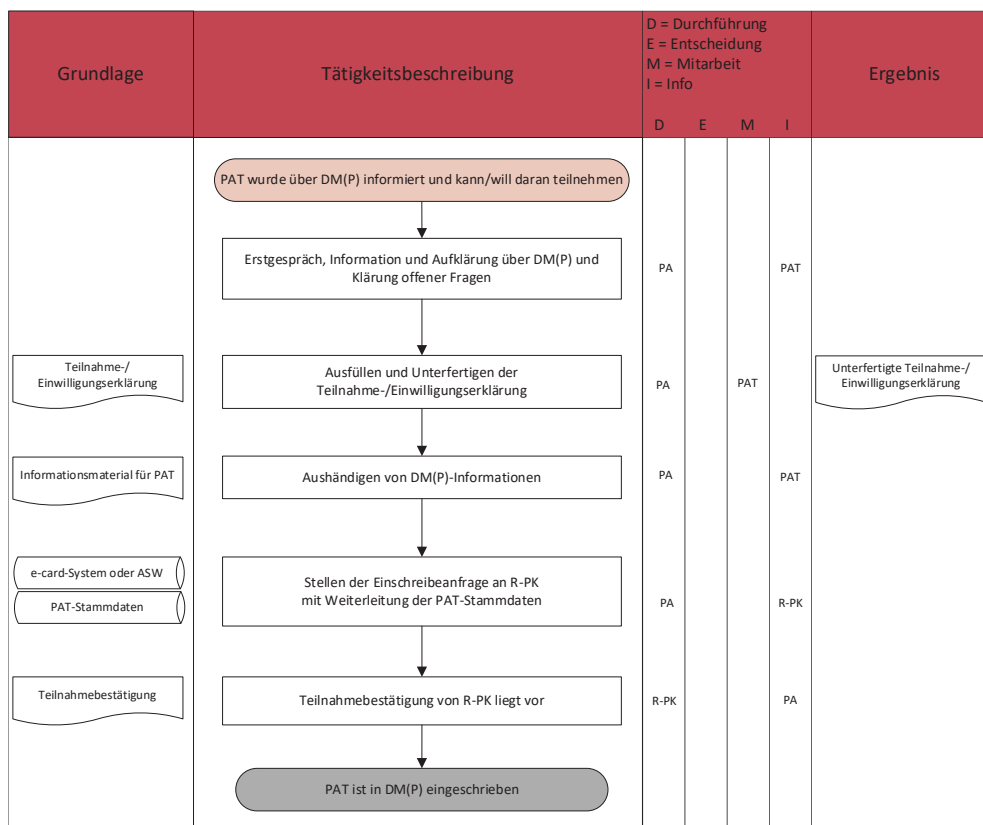
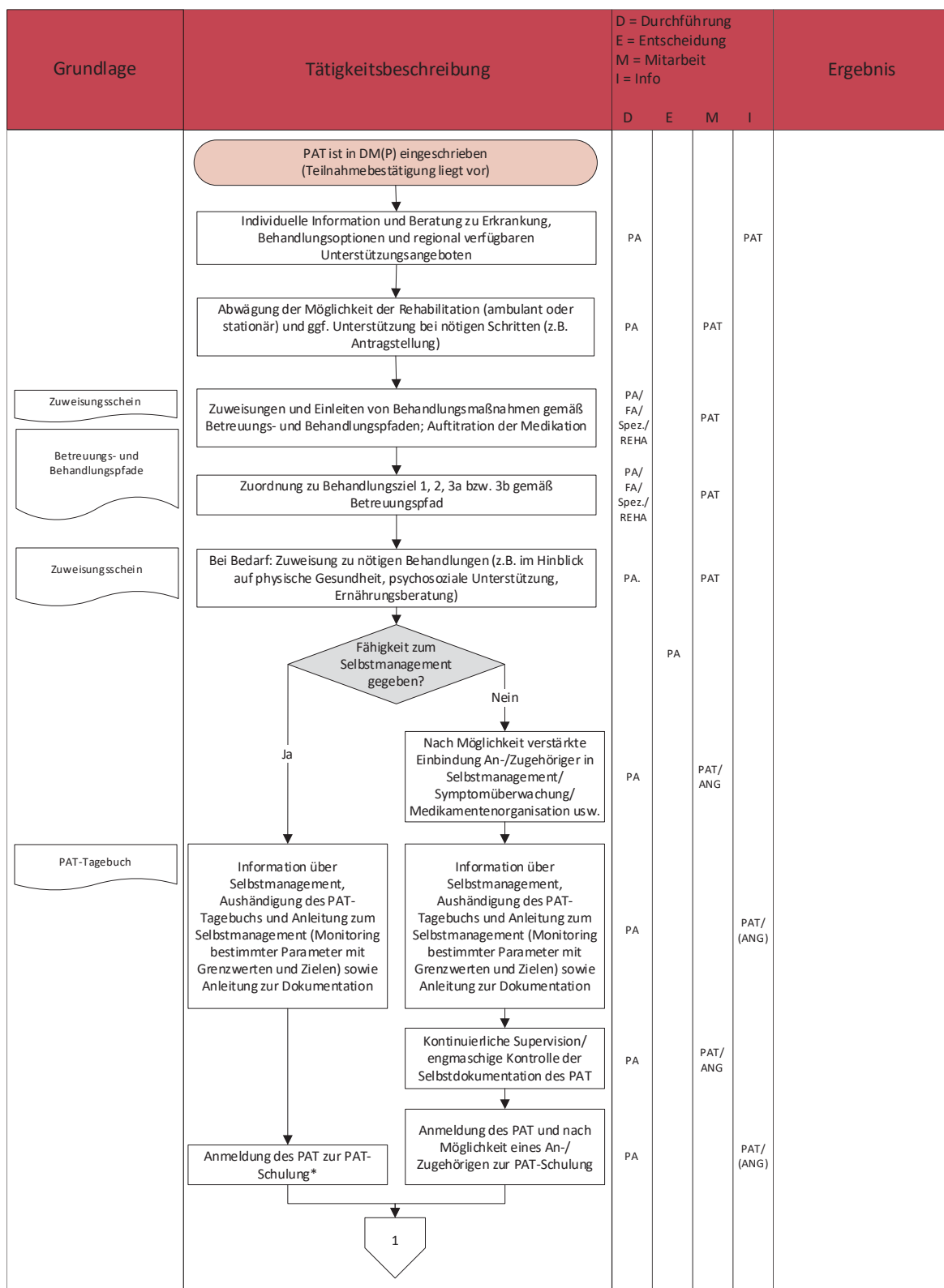


Abbildung 21: Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung

5.2.3. Überprüfung der bestehenden Behandlung bzw. Einleitung/Optimierung der Behandlung gemäß der Betreuungs- und Behandlungspfade



*Bei Einverständnis des PAT sollen auch An-/Zugehörige die Möglichkeit haben, an der Schulung teilzunehmen. Auch wenn sich im Rahmen der Schulung oder im weiteren Verlauf der Versorgung herausstellt, dass keine bzw. nur eingeschränkte Fähigkeiten zum Selbstmanagement gegeben sind, sollen verstärkt An-/Zugehörige eingebunden werden.

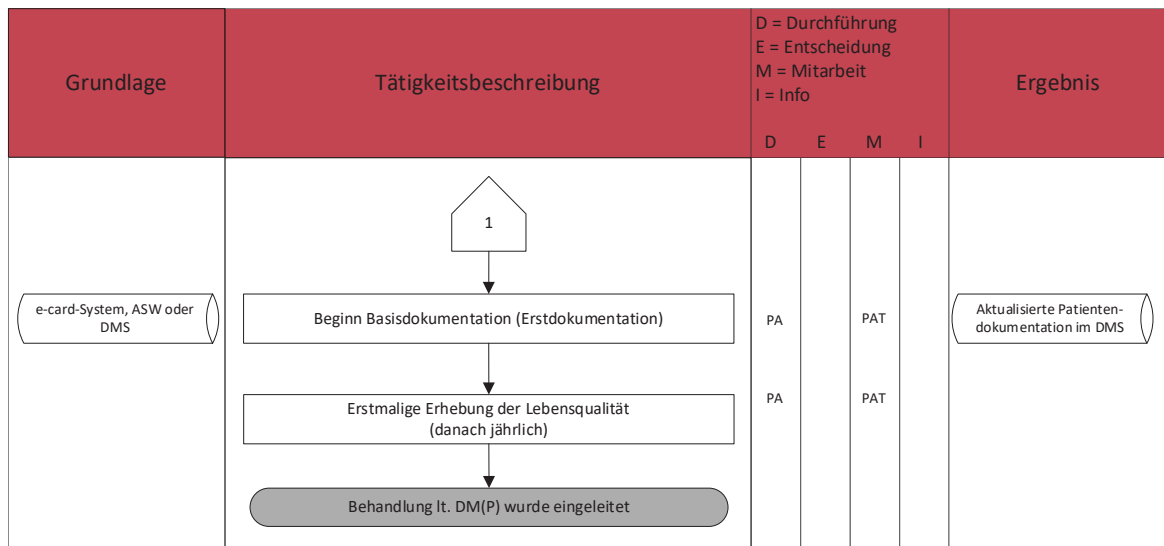


Abbildung 22: Überprüfung der bestehenden Behandlung bzw. Einleitung/Optimierung der Behandlung gemäß der Betreuungs- und Behandlungspfade

5.2.4. Kontinuierliche Versorgung gemäß Betreuungspfaden mit entsprechend individueller Versorgungsvariante inkl. Überprüfung Gesundheitsstatus/Betreuungsbedarf

Grundlage	Tätigkeitsbeschreibung	D = Durchführung E = Entscheidung M = Mitarbeit I = Info				Ergebnis
		D	E	M	I	
Betreuungs- und Behandlungspfade	Behandlung wurde eingeleitet					
	Weiterführung der Behandlungsmaßnahmen und regelmäßige Kontrollen gemäß Betreuungs- und Behandlungspfaden; Auftitration der Medikation	PA/ FA/ Spez.		PAT		
	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher Gesundheits- und Sozialberufe bzw. mobiler Dienste	PA		PAT		
	Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung der Lebensqualität und Gesundheitskompetenz	PA		PAT		
	Unterstützung bei Verhaltensänderungen, Aufbau der Selbstmanagementfähigkeit und Stärkung der Adhärenz	PA		PAT		
	Abwägung der Möglichkeit der Rehabilitation (ambulant oder stationär) und ggf. Unterstützung bei nötigen Schritten (z.B. Antragstellung)	PA		PAT		
	Enge Kooperation mit niedergelassenen Internisten/Kardiologen/HI-Spezialisten oder HI-Ambulanz	PA		FA/ Spez.		
	Laufende PAT-Führung/-koordination; Management von Komorbiditäten; Medikamentenmanagement	PA				
	Beurteilung diverser Laborparameter und Setzen entsprechender Maßnahmen	PA			PAT	
	Monitoring des PAT: Beurteilung von unerklärlicher Gewichtszunahme, des Ernährungsstatus, der Leistungsfähigkeit, der Lebensqualität und Setzen entsprechender Maßnahmen und Reaktion bei Abweichung von Parametern oder Auftreten von Symptomen, die ev. Maßnahmen erfordern	PA				
	Bei Bedarf: Nötige Zuweisungen/ggf. Einbindung weiterer GDL	PA		PAT		
	Durchsicht der Selbstdokumentation	PA		PAT		
Zuweisungsschein	Empfehlungen und Anleitung für weiteres Selbstmanagement	PA		PAT		
	1					

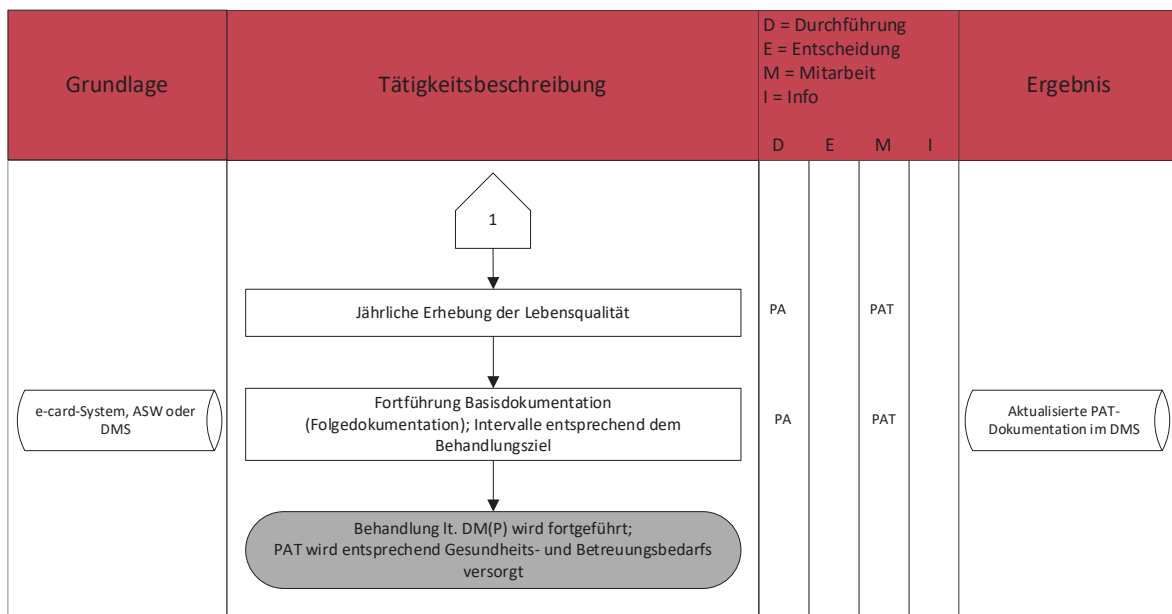


Abbildung 23: Kontinuierliche Versorgung gemäß Betreuungspfad inkl. Überprüfung Gesundheitsstatus/Betreuungsbedarf

5.2.5. Follow-up nach KA bei primärer Anlaufstelle²⁵

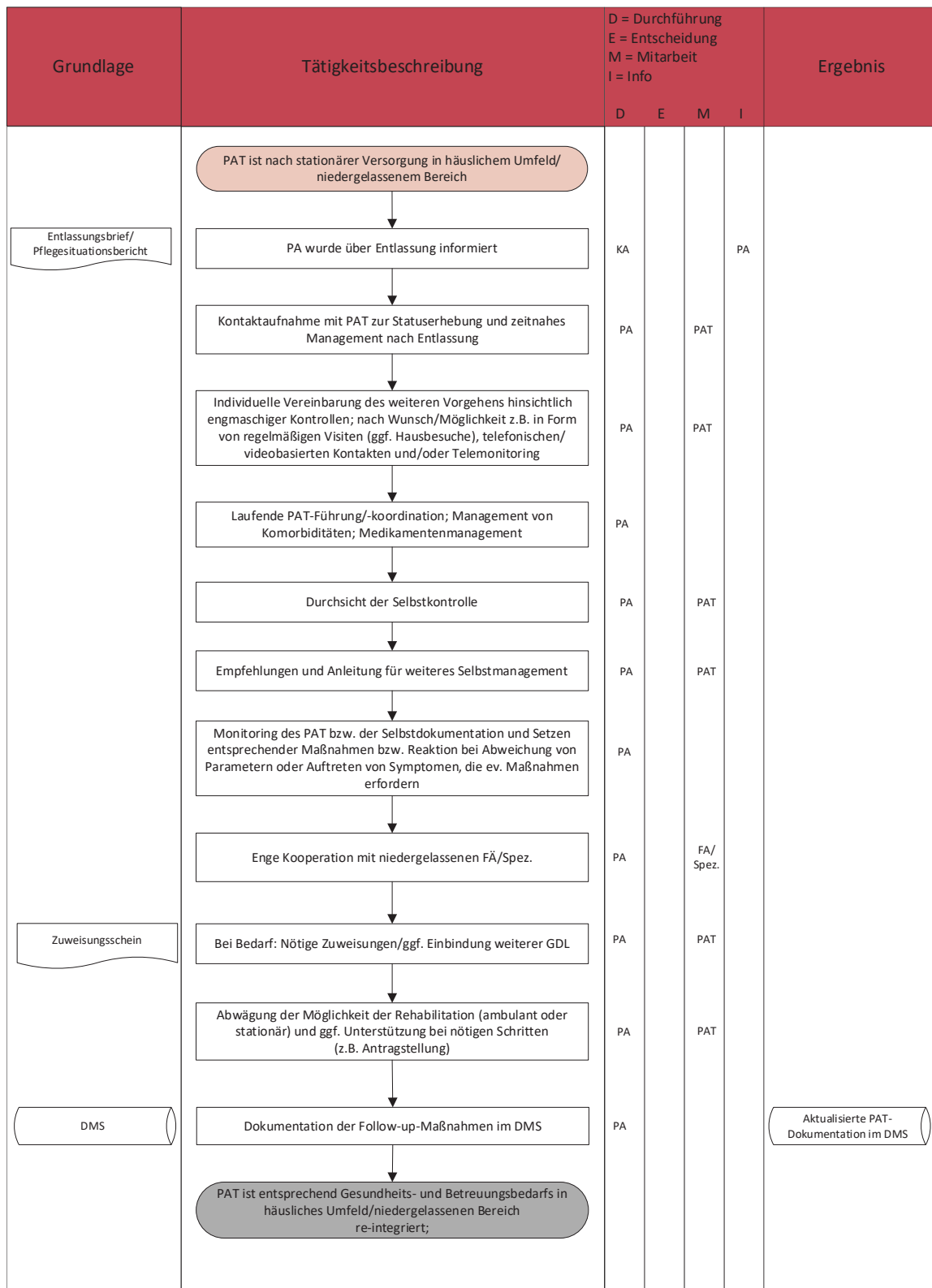


Abbildung 24: Follow-up bei primärer Anlaufstelle

²⁵ Einige der in diesem Prozess dargestellten Maßnahmen unterliegen keiner chronologisch vorgegebenen Ordnung, sondern können parallel bzw. ohne verpflichtender Reihenfolge durchgeführt werden.

5.2.6. Austritt aus DM(P) auf Patientinnen- bzw. Patientenwunsch

Dieser Prozess ist nicht im Versorgungspfad abgebildet, da der Austritt aus dem DM(P) auf Wunsch der Patientinnen bzw. Patienten jederzeit möglich ist.

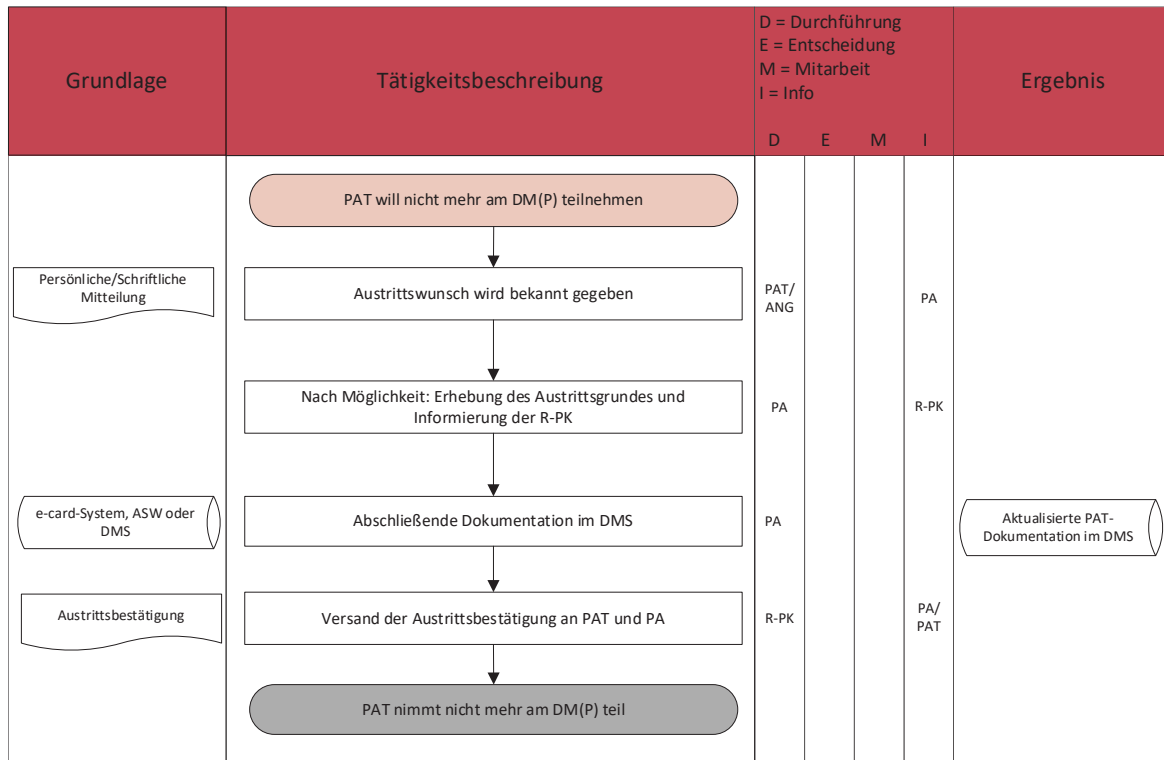


Abbildung 25: Austritt aus DM(P) auf Patientinnen- bzw. Patientenwunsch

5.3. Administrative Prozesse

5.3.1. Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung durch regionale Programmkoordination

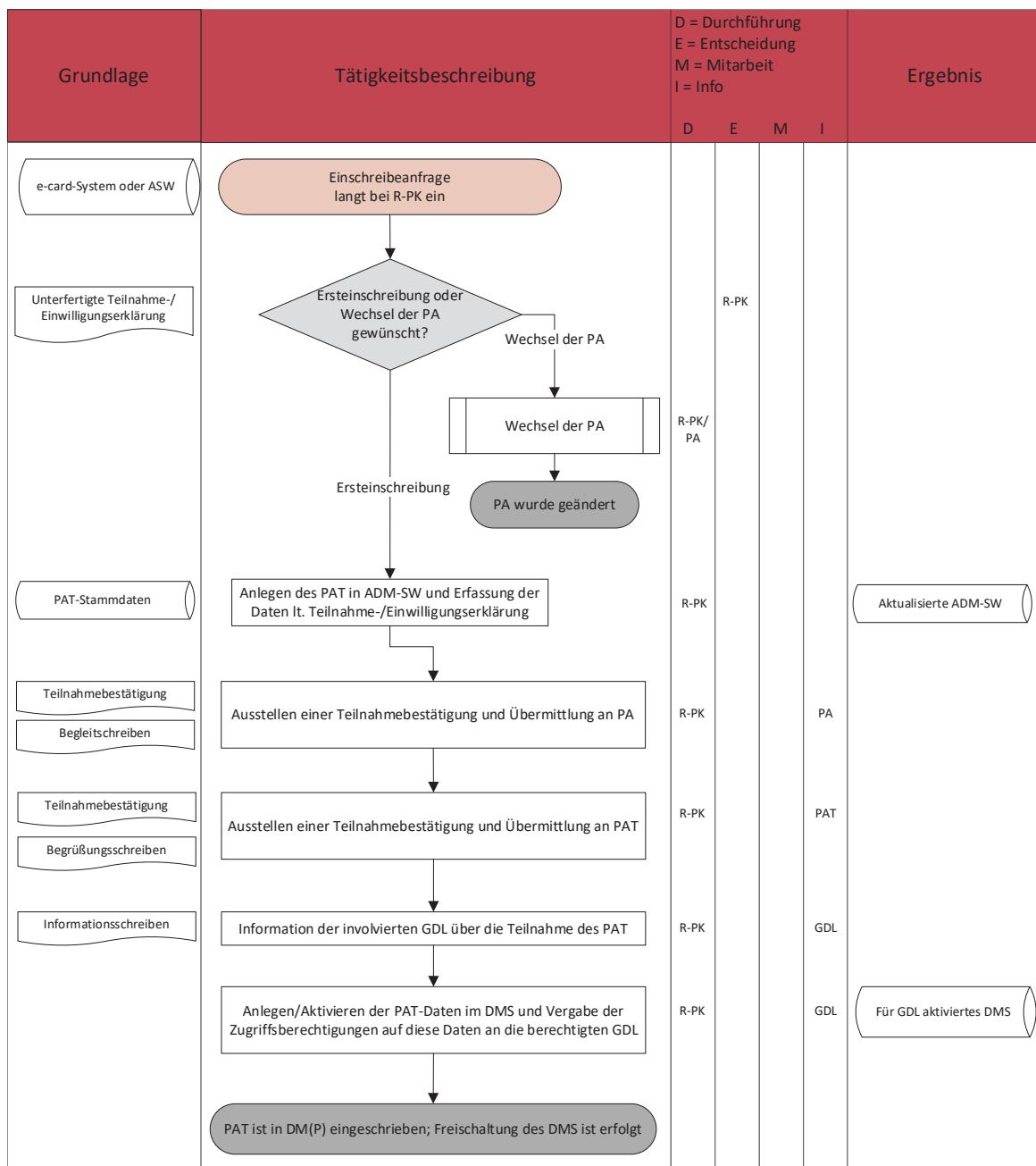
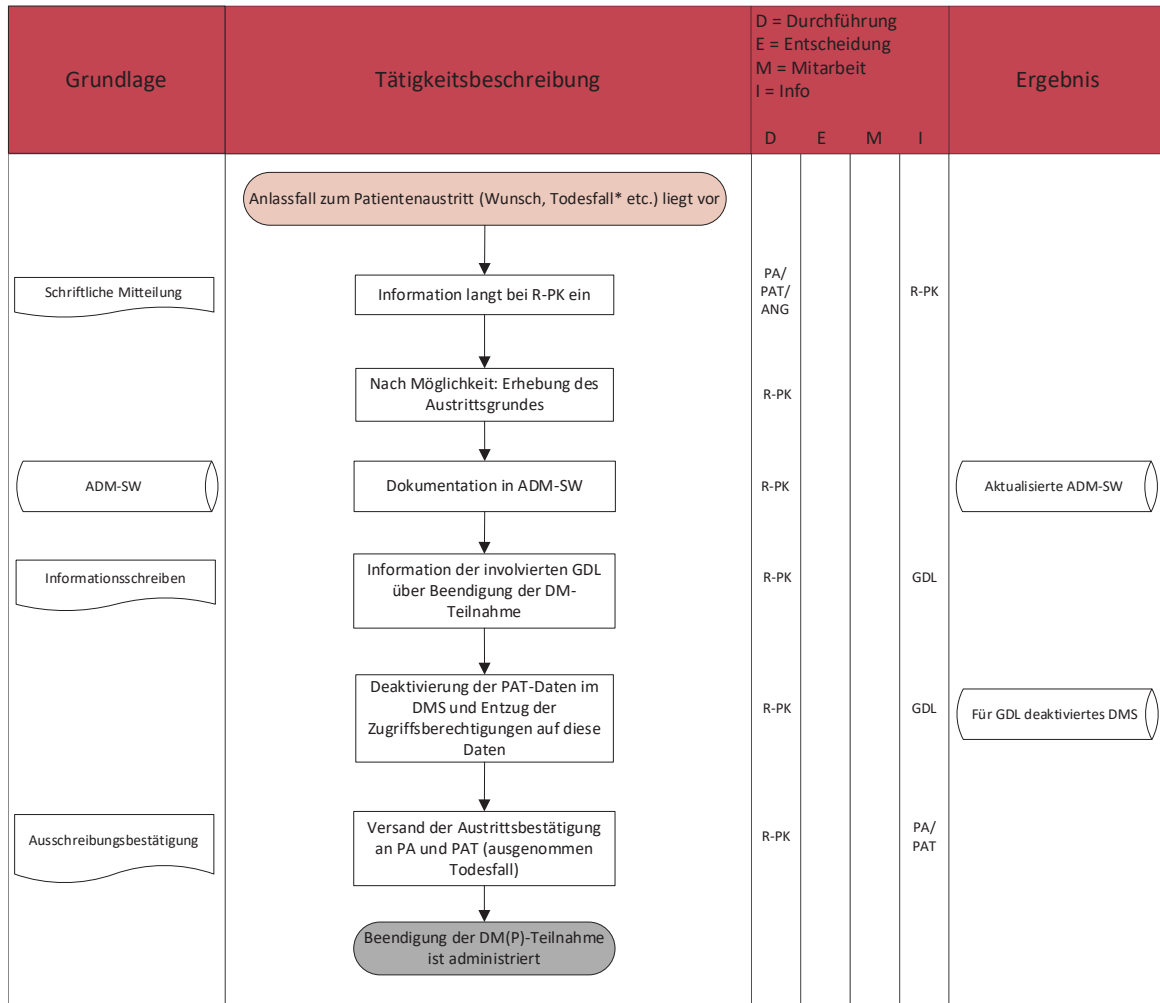


Abbildung 26: Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung durch regionale Programmkoordination

5.3.2. Patientinnen- bzw. Patientenaustritt durch regionale Programmkoordination



*Zur Erhebung eines Todesfalls erfolgt seitens der R-PK ein quartalsweiser Datenabgleich der Sterbefälle mit der Zentralen Partnerverwaltung.

Abbildung 27: Patientinnen- bzw. Patientenaustritt durch regionale Programmkoordination

5.3.3. Wechsel der primären Anlaufstelle

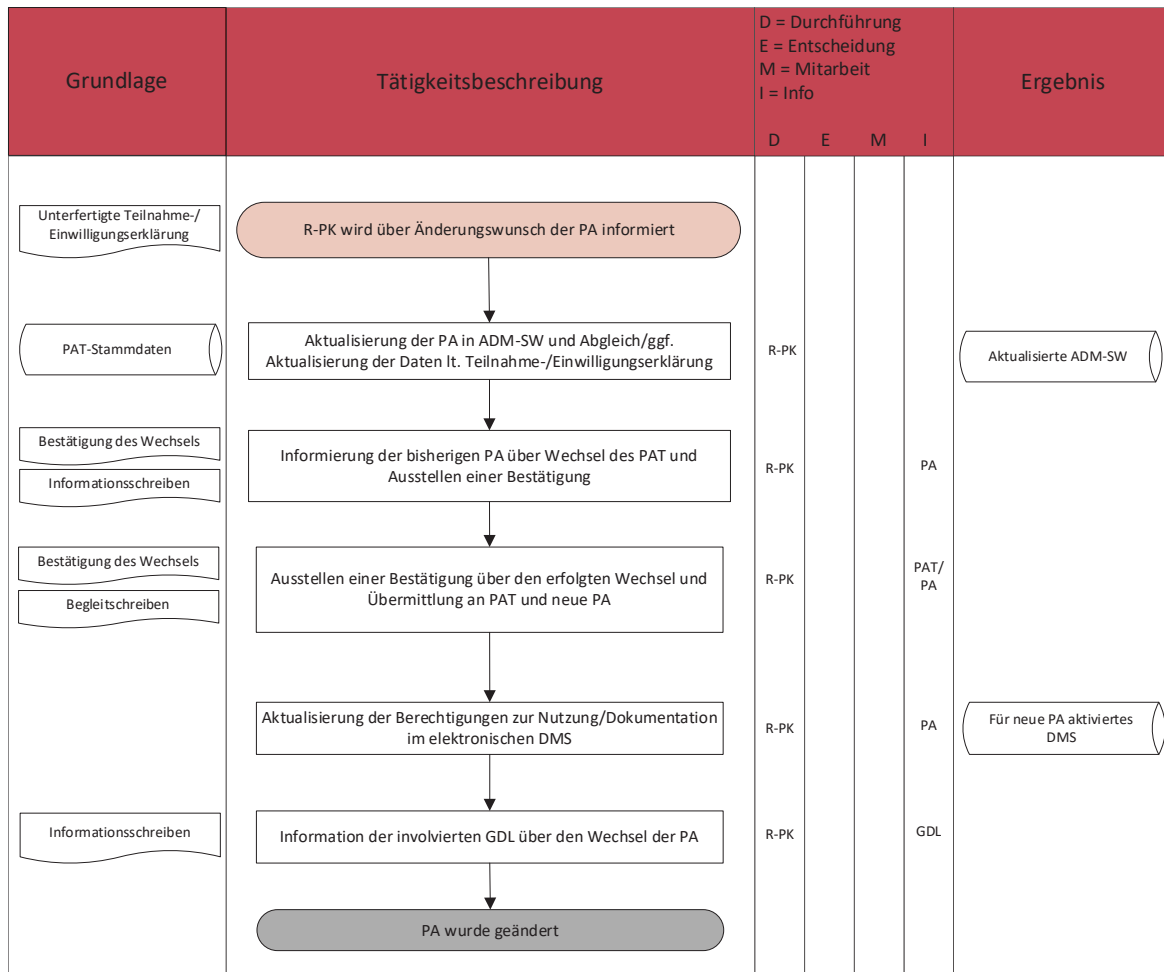
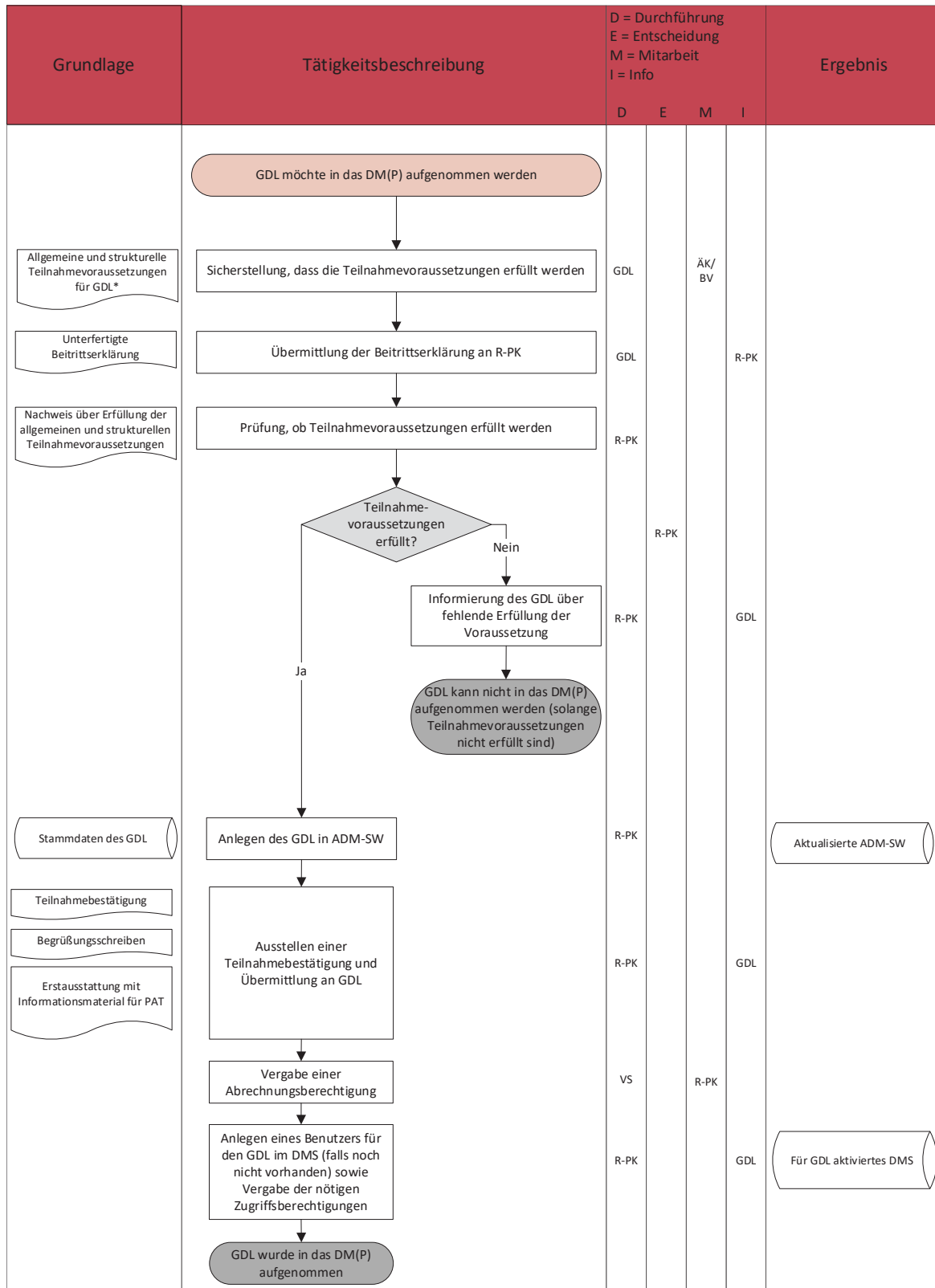


Abbildung 28: Wechsel der primären Anlaufstelle

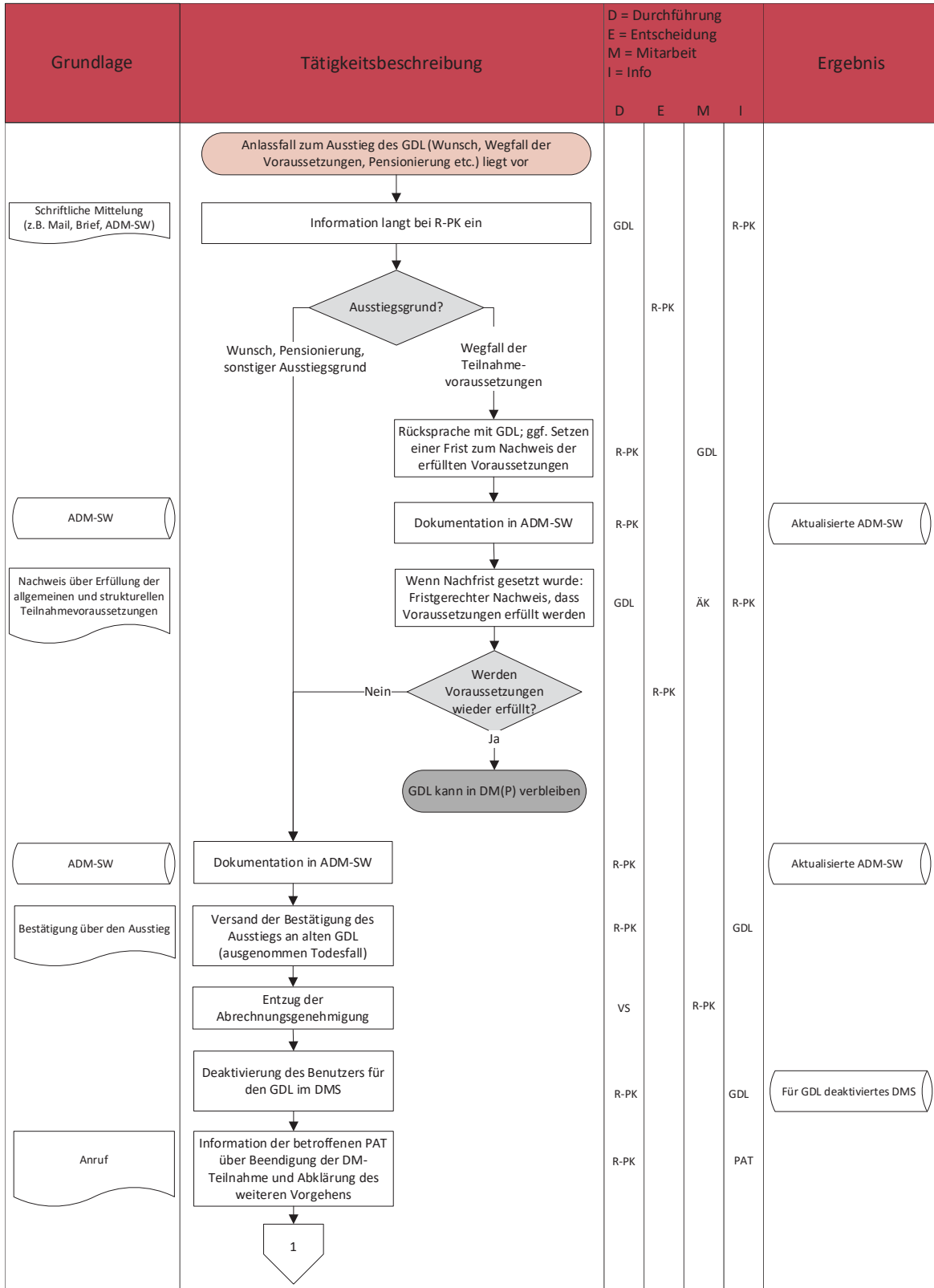
5.3.4. Aufnahme von GDL

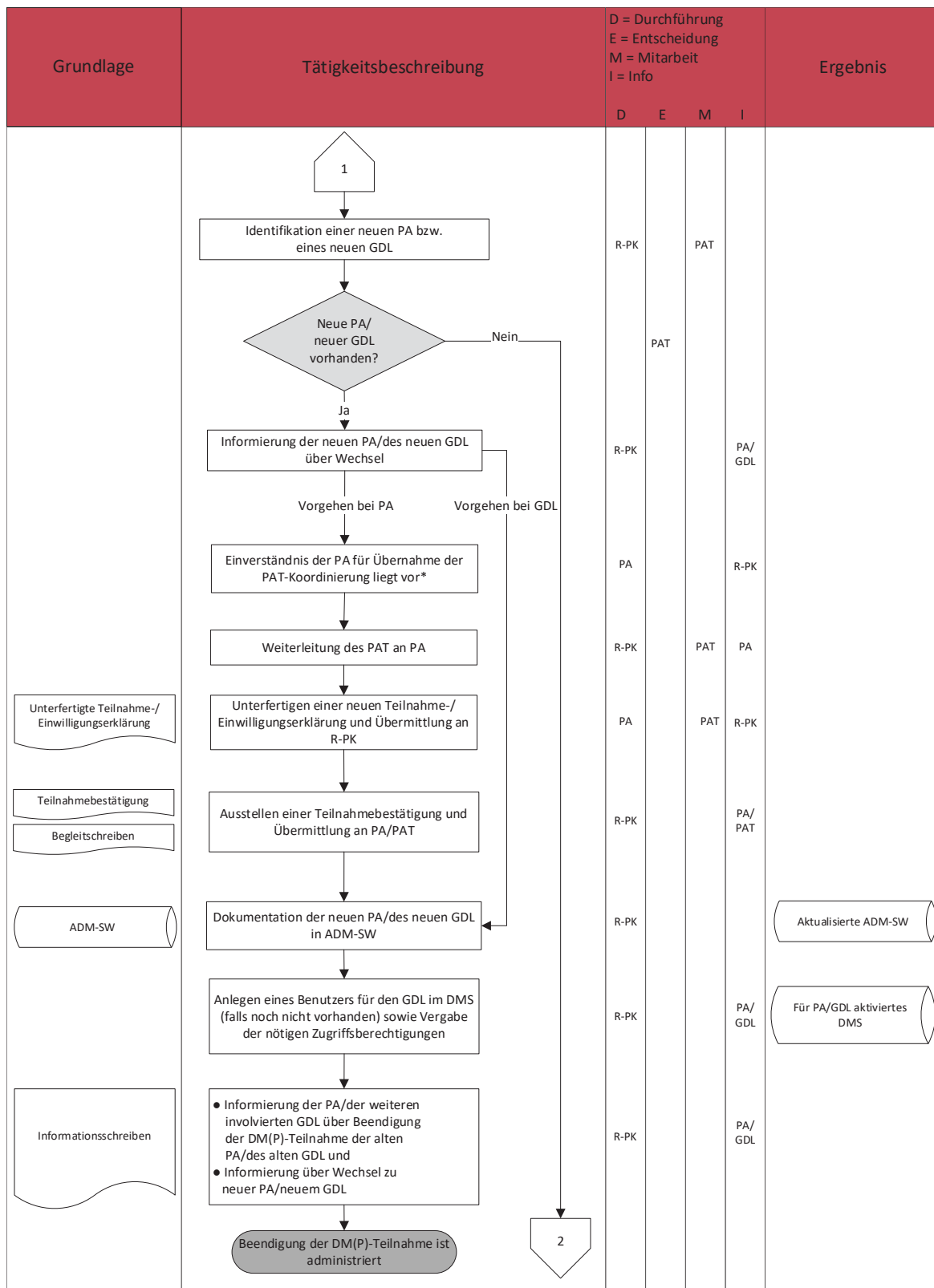


* Allgemeine bzw. strukturelle Teilnahmevoraussetzungen für GDL sowie der Nachweismodus sind noch zu definieren.

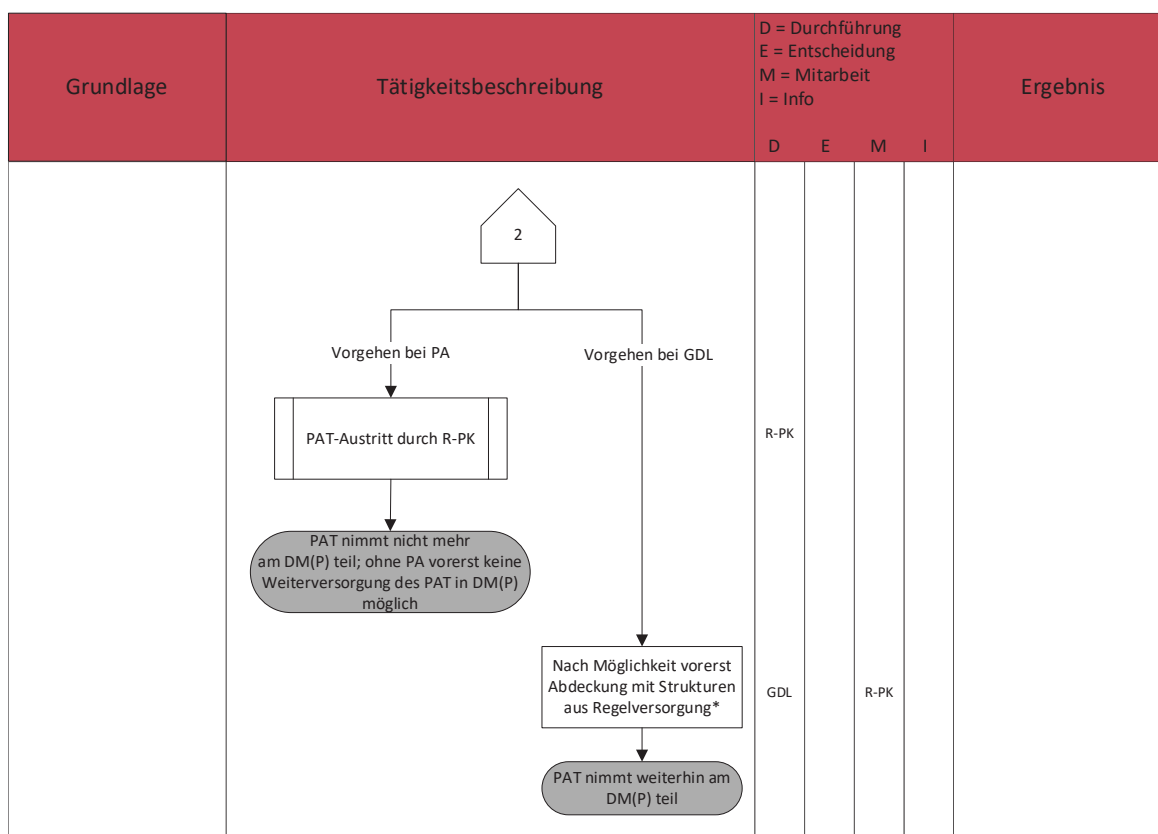
Abbildung 29: Aufnahme von GDL

5.3.5. Ausstieg von GDL





*Bei PA wird explizit eine Zustimmung eingeholt, da mit der Übernahme der PAT-Koordination erweiterte Verantwortungsbereiche übernommen werden.



*Grundsätzlich wird die Teilnahme von versorgungsrelevanten GDL am DM(P) angestrebt und ist in weiterer Folge auch eine notwendige Voraussetzung u. a. zur Nutzung des DMS. Dennoch soll beim Ausstieg eines GDL (exkl. PA) die Patientenversorgung im DM(P) weiterhin sichergestellt werden. Das Ziel dieses Prozessschrittes ist es daher, allfällige durch den Ausstieg des GDL aufgetretene Versorgungslücken ehestmöglich (ggf. temporär aus der Regelversorgung) und nachhaltig zu schließen.

Abbildung 30: Ausstieg von GDL

5.4. Zentrale administrative Prozesse aus Datenmanagement-Sicht

Im Folgenden werden die wesentlichen administrativen Prozesse hinsichtlich des Datenmanagements dargestellt sowie die von den einzelnen Akteurinnen bzw. Akteuren hierfür zu erfassenden Daten detailliert beschrieben. Die Basis bilden dabei insbesondere definierte Prozesse im Rahmen des DMP ‚Therapie Aktiv‘ (vgl. Arzthandbuch). Vor allem in Hinblick auf die Sicherstellung der Praxistauglichkeit erscheint es sinnvoll, die zentralen administrativen Abläufe auf jene im DMP ‚Therapie Aktiv‘ – dem bis dato einzigen österreichweiten DMP – abzustimmen. Damit wird die Dokumentation durch die in zahlreichen Ordinationen bereits bekannte Vorgehensweise wie etwa zur Einschreibung von Patientinnen bzw. Patienten in ein DMP erleichtert.

Zentrale Abläufe bilden neben der Programmaufnahme und dem Ausstieg von GDL und der Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung und dem Austritt dieser auch der Wechsel der primären Anlaufstelle für die Patientin/den Patienten.

5.4.1. Aufnahme und Ausstieg von GDL in das DM(P) CHI (vertragliches Beitritt-System)

Nach Anmeldung zum Programm mittels unterfertigter Beitrittserklärung und nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzung²⁶ durch die DM(P)-Administration sind die einzelnen Benutzerinnen bzw. Benutzer über die Administrationssoftware anzulegen und zu verwalten; etwaige Änderungen sind in den Benutzerinnen- bzw. Benutzerdaten zu protokollieren.

Die Beitrittserklärung hat dabei folgende Punkte zu beinhalten, wobei die konkrete Ausgestaltung und rechtliche Prüfung nicht Teil des vorliegenden Konzepts sind und in einem weiteren Schritt zu erfolgen haben:

- Vor- und Zuname GDL,
- Medizinische Fachrichtung,
- Vertragspartnernummer,
- Ordinationsadresse bzw. Adresse der organisatorischen Einheit,
- Kontodaten zur gesonderten Verrechnung der DM(P)-Leistungen,
- Kontaktdaten (Telefon und E-Mail),
- Hinweis auf Freiwilligkeit,
- Nachweis etwaiger Teilnahmevoraussetzungen,
- Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Angabe Zweck) bzw. Datennutzung zu weiteren Zwecken (z.B. Veröffentlichung von Kontaktdaten auf DM(P)-Website),
- Beendigung/Widerruf der Teilnahme am DM(P) CHI bzw. Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- Datum und Unterschrift GDL.

Nach Übermittlung der Teilnahmebestätigung (ggf. inkl. Begrüßungsschreiben und Startpaket) an die GDL durch die DM(P)-Administration ist die Registrierung abgeschlossen, eine Anbindung der dokumentierenden GDL durch eine entsprechende Schnittstelle an das programmspezifische Datenverarbeitungssystem sicherzustellen und folglich der Zugriff auf dieses elektronische Datenmanagementsystem freizuschalten.

Ein Ausstieg aus dem Programm sollte für teilnehmende Akteurinnen bzw. Akteure jederzeit über Kontaktierung der DM(P)-Administration möglich sein. Für die beim jeweiligen GDL in Betreuung befindlichen Patientinnen bzw. Patienten ist der Wechsel zu einer neuen Leistungserbringerin bzw. einem neuen Leistungserbringer bzw. einer neuen primären Anlaufstelle zu organisieren und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Wechsel der primären Anlaufstelle) erneut auszufüllen und zu unterzeichnen. Nach entsprechender Prüfung durch die DM(P)-Koordination werden die Berechtigungen, wie z.B. die Übertragung der Berechtigung zur Dokumentation und zur Nutzung der Kommunikationsplattform, neu verteilt.

²⁶ Allgemeine und strukturelle Teilnahmevoraussetzungen für GDL sowie der Nachweismodus (in Zusammenarbeit mit der ÄK) sind noch zu definieren. Hinweise zu materiellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen befinden sich im Teil V Qualitäts- und Risikomanagement.

5.4.2. Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung (Einschreibesystem)

Für Patientinnen bzw. Patienten ist eine Teilnahme am DM(P) CHI nach entsprechender Diagnosestellung²⁷ möglich. Nach Übermittlung der Einschreibebeanfrage (mittels Ärztinnen- bzw. Arztsoftware oder über die GINA-Oberfläche (e-card-System)²⁸) sowie der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch die primäre Anlaufstelle an die DM(P)-Koordination erfolgt die Bestätigung über die Aufnahme in das Programm.

Die im Rahmen der Einschreibung der Patientinnen bzw. Patienten zu erfassenden Daten werden nun im Detail dargestellt. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung hat insbesondere folgende Punkte zu beinhalten, wobei die konkrete Ausgestaltung und rechtliche Prüfung nicht Teil des Konzepts sind und in einem weiteren Schritt zu erfolgen haben:

- Stammdaten,
- Hinweis auf Freiwilligkeit,
- Bereitschaft zum aktiven Mitwirken/Selbstmanagement (sofern Ressourcen dies zulassen) inkl. Teilnahmebereitschaft an Patientinnen- bzw. Patientenschulung,
- Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Angabe Zweck),
- Beendigung/Widerruf der Teilnahme am DM(P) CHI bzw. Einwilligung zur Datenverarbeitung,
- Einschreibung oder Wechsel der primären Anlaufstelle,
- Primäre Anlaufstelle (Vor- und Zuname der primär betreuenden Ärztin bzw. des primär betreuenden Arztes, Fachgebiet, Vertragspartnernummer, Anschrift),
- DM(P)-Versorgungsnetzwerk,
- Ggf. Beschreibung einer Vertretungsregel (Urlaub/Krankheit der primären Anlaufstelle),
- Datum und Unterschrift Patientin bzw. Patient sowie primäre Anlaufstelle.

Nach Erhalt der von den Patientinnen bzw. Patienten unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenerfassung und -weitergabe durch die primäre Anlaufstelle ist diese dazu berechtigt, die Stammdaten an die DM(P)-Koordination weiterzuleiten.²⁹ Hierfür sind folgende Stammdaten zu erfassen:

- Vor- und Zuname der Patientin bzw. des Patienten (sowie Vor- und Zuname der bzw. des Versicherten bei Angehörigeneigenschaft),
- Sozialversicherungsnummer,
- KV-Träger (ggf. Thema Mehrfachversicherung beachten),
- Anschrift der Patientin bzw. des Patienten,
- Kontaktdaten/E-Mail,
- Primäre Anlaufstelle (Vor- und Zuname der primär betreuenden Ärztin bzw. des primär betreuenden Arztes, Fachgebiet, Vertragspartnernummer, Anschrift),
- Name und Anschrift weiterer involvierter GDL,
- Ort und Datum der Einschreibebeanfrage.

²⁷ Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist sicherzustellen, dass die Dokumentation zum Zeitpunkt der Einschreibung in das DM(P) in der jeweiligen Versorgungseinrichtung vollständig vorliegt, auch wenn die Einschreibung erst nach abgeschlossener Diagnostik erfolgen kann (vgl. Teil V Qualitäts- und Risikomanagement).

²⁸ Automatisierte Prüfung der Einschreibebeanfrage sollte integrierter Bestandteil der Software sein.

²⁹ Analog zu Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 ‚Therapie Aktiv‘

Entsprechend bereits durchgeführter Überlegungen (im Rahmen mehrerer Expertinnen- bzw. Expertenrunden) zum Projekt ‚netzwerk aktiv – besser leben mit demenz‘ ist nach Verifizierung und Bestätigung der Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung durch die DMP-Koordination das elektronische Datenmanagementsystem – in weiterer Folge auch ‚Kommunikationsplattform‘ genannt – zu aktivieren. Dafür ist zwischen der Administrationssoftware und der Software für das Datenmanagement eine automatisierte Datenübermittlung einzurichten. Nach der Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung erfolgt eine Meldung an die Datenmanagement-Software und die Patientin bzw. der Patient wird als solche bzw. solcher angelegt (CCIV, 2011, S. 188, 2019 unveröffentlicht). Nach Erhalt der Teilnahmebestätigung kann die Erstdokumentation durch die primäre Anlaufstelle durchgeführt werden (zu Ausführungen zur Basisdokumentation (Erst- und Folgedokumentation) siehe Kapitel 3). Zudem ist die Lebensqualität mittels EQ-5D bei jeder Patientin bzw. jedem Patienten erstmalig zum Zeitpunkt des Einschreibens im DM(P) (und in weiterer Folge jährlich) zu erheben.

5.4.3. Änderung der primären Anlaufstelle bzw. Arztwechsel

Innerhalb des DM(P) CHI muss ein Wechsel der primären Anlaufstelle jederzeit vorsehen sein. Diese Änderung ist in der laufenden Dokumentation nachvollziehbar festzuhalten sowie ein entsprechender Vermerk durch die neue primäre Anlaufstelle auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und eine neuerliche Unterzeichnung durch die Patientin bzw. den Patienten notwendig. Die DM(P)-Koordination hat die bisherige primäre Anlaufstelle darüber hinaus über den erfolgten Wechsel der Patientin bzw. des Patienten zu informieren. Zudem ist ein Arztwechsel auf Wunsch der Patientin bzw. des Patienten jederzeit möglich, vorausgesetzt der gewählte GDL hat sich zum DM(P) CHI angemeldet und informiert die DM(P)-Koordination über den gewünschten Wechsel durch eine Übermittlung der erneut ausgefüllten Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Nach entsprechender Prüfung durch die DM(P)-Koordination werden die Berechtigungen, wie etwa die Übertragung der Berechtigung zur Dokumentation und der Nutzung der Kommunikationsplattform, neu verteilt.

5.4.4. Austritt von Patientinnen bzw. Patienten

Analog zur Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung erfolgt die Anfrage zum Patientinnen- bzw. Patientenaustritt in der Regel durch die primäre Anlaufstelle. In folgenden Fällen hat eine Anfrage auf Patientinnen- bzw. Patientenaustritt mit gewünschtem Austrittsdatum unter Spezifizierung des jeweiligen Grundes zu erfolgen:

- Eingabefehler (Beschreibung des Fehlers),
- Verstorben (Datum)³⁰,
- Wunsch der Patientin bzw. des Patienten (Begründung beispielsweise Unzufriedenheit mit der Betreuungsform),
- Sonstiges.

Mit Übermittlung der Austrittsbestätigung durch die DM(P)-Koordination ist die Patientin bzw. der Patient aus dem Programm ausgeschrieben. Neben den hier definierten Szenarios

³⁰ Hinsichtlich Todesfälle ist ein quartalsweiser Abgleich mit zentraler Partnerverwaltung (ZPV) vorgesehen.

steht Patientinnen bzw. Patienten aber auch jederzeit frei, die Zustimmung zur Teilnahme selbst ohne Angabe von Gründen zu widerrufen und mit Übermittlung des Widerrufs an die DM(P)-Koordination automatisch aus dem DM(P) CHI auszuscheiden.

5.4.5. Leistungsabrechnung

Grundsätzlich kann eine Vergütung der strukturierten Betreuung im DM(P) CHI nur dann erfolgen, wenn die entsprechende Pflichtdokumentation (Patienten-Stammdaten, medizinische Parameter und Outcomes, Struktur- und Leistungsdaten der beteiligten Einrichtungen und Akteurinnen bzw. Akteure im Disease-Management) vollständig vorliegt. Neben der Übermittlung administrativer Daten im Rahmen der in Abschnitt 5.4.1 bis 5.4.4 beschriebenen Abläufe ist insbesondere die durchgeführte laufende Basisdokumentation (Erst- und Folgedokumentation) für die Vergütung von zentraler Bedeutung. Eine Spezifikation der notwendigen Daten und Details hinsichtlich des Abrechnungsmodus sind nach der Festlegung einer geeigneten Vergütungsform zu definieren.

5.5. Administrationssystem

5.5.1. Anforderungen

Folgende Anforderungen ergeben sich an die Administrationssoftware im DM(P) CHI:

- Verwaltung von Patientinnen bzw. Patienten und von definierten Ärztinnen bzw. Ärzten als primäre Anlaufstelle für Betreuung,
- Verwaltung weiterer GDL,
- Protokollierung,
- Verwaltung von Schulungstätigkeiten, Zertifikaten,
- Basis für Leistungsabrechnung,
- Bereitstellung von administrativen Daten für Auswertungen.

5.5.2. Umsetzungsweg mit dem e-card-Service ‚Therapie Aktiv Verwaltung‘

Das Service ‚Therapie Aktiv Verwaltung‘ (TAV, vgl. Abschnitt 1.1.2) ist eine Anwendung im e-card-System und über eine Schnittstelle mit der ‚Therapie-Aktiv‘-Administrationssoftware verbunden. Das heißt, das e-card-Service ‚TAV‘ stellt eine Verbindung zur ‚Therapie-Aktiv‘-Administration her und ermöglicht es berechtigten Personen, die Einschreibebeanfrage für Patientinnen bzw. Patienten zu erfassen, den Bearbeitungsstatus zu verfolgen und die eigenen betreuten Patientinnen bzw. Patienten sowie das Betreuungsverhältnis für eine bestimmte Patientin bzw. einen bestimmten Patienten abzufragen (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021b, S. 5).

Für die Verwendung im Rahmen des DM(P) CHI sind sowohl die ‚Therapie-Aktiv‘-Administrationssoftware als auch das e-card-Service TAV (in Abhängigkeit der zweimal jährlich stattfindenden Releases) zu erweitern bzw. zu adaptieren.

Abbildung 31: Erfassung der Daten von Patientinnen bzw. Patienten über das TAV-System (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021b, S. 8)

Demnach wäre die primäre Anlaufstelle dazu berechtigt, die Stammdaten aus dem e-card-System über die gesicherte e-card-Leitung an die Disease-Management-Programmkoordination weiterzuleiten.³¹ Nach Prüfung der Berechtigung der Patientin bzw. des Patienten zur Teilnahme (Abgleich der Stammdaten mit der zentralen Partnerverwaltung (ZPV)) wird die Einschreibung durch die DM(P)-Koordination bestätigt.

Die Patienteneinschreibung im DMP ‚Therapie Aktiv‘ aus technischer Sicht: Das e-card-System übermittelt die Anmeldung der Patientin bzw. des Patienten an das ‚Therapie-Aktiv‘-Backend. Falls die Einschreibung durch die DMP-Koordination im ‚Therapie-Aktiv‘-Backend durchgeführt wurde, wird durch dieses die Freischaltungen im Datenmanagementsystem veranlasst und die erfolgreiche Einschreibung gegenüber dem e-card-System bestätigt.

Voraussetzung für die Nutzung des e-card-Service in Anlehnung an das DMP ‚Therapie Aktiv‘ (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021b, S. 4):

- Primäre Anlaufstelle:
 - Definierte primäre Anlaufstellen sind Primärversorgungseinheiten und Ärztinnen bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin, wobei es unerheblich ist, ob tätig als niedergelassene Ärztin bzw. niedergelassener Arzt in einer eigenen Praxis oder als Gesellschafterin bzw. Gesellschafter in einer Gruppenpraxis,
 - Erfüllung bestimmter Teilnahmevoraussetzungen (wie absolvierte Schulung)³²,
 - E-card-System bereits in Verwendung bzw. geplante Anschaffung der entsprechenden Infrastruktur,
 - Bestehendes Vertragsverhältnis mit einem Krankenversicherungsträger; nebensächlich ist, ob kurativer oder lediglich Vorsorgeuntersuchungs- oder Rezepturechtsvertrag.

³¹ Analog zu Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv“

³² Vgl. Kapitel 5.4.1

- Patientinnen bzw. Patienten:
 - Anspruch auf Leistungen bei mindestens einem der am e-card-System teilnehmenden Krankenversicherungsträger,
 - Erfüllung aller medizinischen Voraussetzungen für die Aufnahme in das Disease-Management-Programm,
 - Freiwilligkeit zur Teilnahme.

5.6. Zentrale Datenflüsse

Insbesondere in den erarbeiteten Teilkonzepten ‚Qualitätsmanagement‘ und ‚Evaluation‘ ist bereits eine konkrete Darstellung der wesentlichen Datenströme im DM(P) CHI, jeweils aus dem entsprechenden Blickwinkeln, zu finden. In Abbildung 32 wird der mögliche Datenfluss im DM(P) CHI in vereinfachter Weise dargestellt.

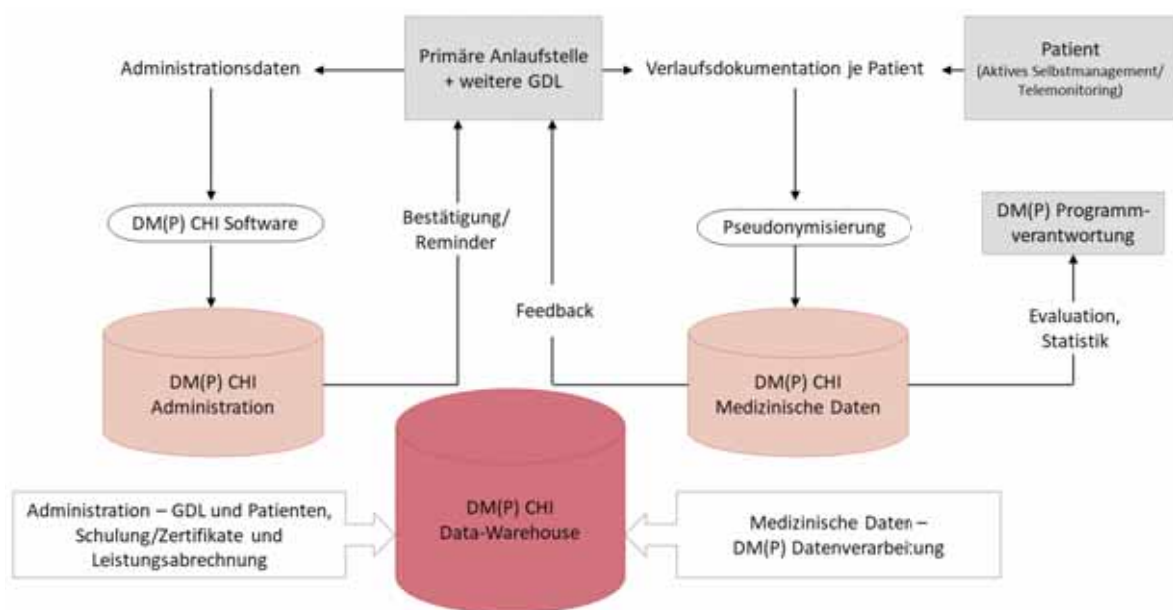


Abbildung 32: Vereinfachter Datenfluss im DM(P) CHI

Demnach wären die zentralen administrativen Prozesse (vgl. Prozessbeschreibung Abschnitt 5.4) mit Hilfe einer für das DM(P) CHI geeigneten Administrationssoftware (vgl. Anforderungen Abschnitt 5.5) durchzuführen. Wie bereits ausgeführt, erscheint es besonders in Hinblick auf die Sicherstellung der Praxistauglichkeit sinnvoll, die zentralen administrativen Abläufe auf jene im DMP ‚Therapie Aktiv‘ abzustimmen.

Von der Administration gänzlich zu trennen ist die medizinische Verlaufsdocumentation, insbesondere aufgrund der notwendigen Pseudonymisierung für anschließende Auswertungen (Programmevaluation und GDL-bezogene Auswertung). Nähere Ausführungen zur Verlaufsdocumentation je Patientin bzw. Patient mit Hilfe eines elektronischen Dokumentationssystems sowie hinsichtlich der Zusammenführung in ein zentrales DM(P)-Data-Warehouse siehe Kapitel 6.

Die folgende Grafik (Abbildung 33) stellt eine Zusammenfassung der wichtigsten Datenflüsse im DM(P) CHI dar und zeigt in Übersichtsform, welche Akteurin bzw. welcher Akteur welche Daten von wem erhält.

Die Abbildung fasst folgende Prozesse zusammen:

- Rekrutierung und Aufnahme von GDL in das DM(P) CHI,
- Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung,
- DM(P)-Basisdokumentation,
- Abrechnung und
- Reminder, Support und Feedback.

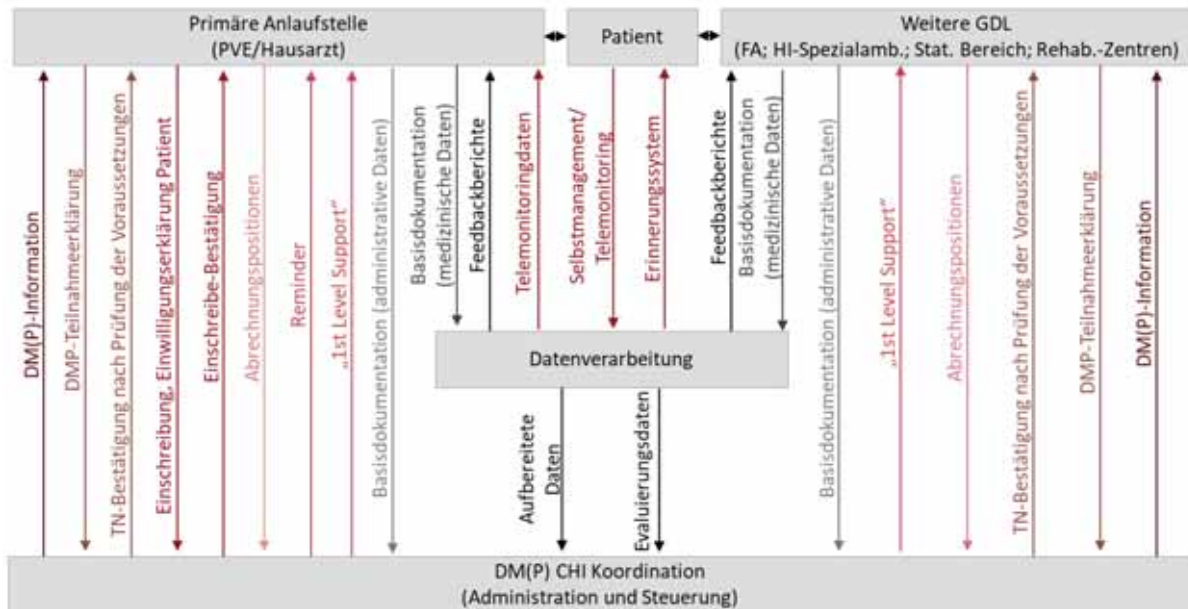


Abbildung 33: Überblicksdarstellung wesentlicher Datenflüsse im DM(P) CHI

6. ELEKTRONISCHES INFORMATIONS- UND DATENMANAGEMENTSYSTEM

Unter Berücksichtigung der Gegebenheiten in Hinblick auf die derzeitigen Dokumentationssysteme im Gesundheitswesen, insbesondere in der extramuralen Versorgung, kann aktuell auf eine DM(P)-spezifische Dokumentation durch die Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte nicht verzichtet werden. Das bedeutet, dass für jedes Versorgungsprogramm eine sektorenübergreifende Datennutzung spezifisch aufzubauen ist, da die angestrebte gemeinsame Datenbasis gegenwärtig noch nicht realisiert ist (vgl. Teil V Qualitäts- und Risikomanagement). Für die Organisation des DM(P) CHI wird demnach die Entwicklung eines anwendungsspezifischen standardisierten Dokumentationssystems empfohlen. Für das Gelingen dessen ist ein Informations- und Datenmanagementsystem in elektronischer Form, also die Digitalisierung der Dokumentation und des Datenaustausches, unbedingt zu realisieren. Daher sind alle relevanten Informationen zu den am DM(P) teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten über ein standardisiertes softwaregestütztes Dokumentationssystem zu erheben. Im Idealfall wird dies von allen beteiligten Einrichtungen und Akteurinnen bzw. Akteuren verwendet (vgl. Teil V Qualitäts- und Risikomanagement).

Neben der Bereitstellung von Daten, etwa für die Evaluierung und Weiterentwicklung des Programms, ist es auch ein zentrales Ziel, zwischen der primären Anlaufstelle und anderen GDL und Sektoren einen Austausch von Informationen zur Patientin bzw. zum Patienten

über kompatible Informationssysteme zu gewährleisten. Durch die elektronische Lösung sollen Daten erfasst und bereitgestellt sowie die Behandlung der Patientinnen bzw. Patienten im DM(P) bestmöglich unterstützt werden können.

Gemäß Überlegungen im Teilkonzept ‚Qualitätsmanagement‘ wären in weiterer Folge die im DM(P)-spezifischen Dokumentationssystem befindlichen Informationen (Basisdokumentation) mit Routinedaten des Gesundheitswesens im Sinne eines DM(P)-Data-Warehouses zusammenzuführen. Das heißt, das DM(P)-Data-Warehouse würde über die entsprechenden Schnittstellen zu den einzelnen dokumentationsverantwortlichen Akteurinnen bzw. Akteuren und aus den Routinedaten des Gesundheitswesens (LKF, ICPC-2, Abrechnungsdaten der Sozialversicherung) befüllt werden. Daten aus diesem DM(P)-Data-Warehouse wären zum einen in pseudonymisierter Form zur Programmevaluation und zur Qualitätssicherung auf Ebene der einzelnen beteiligten Einrichtungen und Akteurinnen bzw. Akteure nutzbar. Zum anderen wäre auf Grundlage von administrativen Daten ein Einladungs- und Erinnerungssystem (Kontrolltermine, Schulungen, Veranstaltungen) realisierbar. Im ungünstigen Falle einer nicht-elektronischen Umsetzung in Form einer Papierlösung wären Formulare für die einzelnen Anwendungsfälle zu entwickeln und der DM(P)-Koordination zur weiteren Verteilung zur Verfügung zu stellen. Für die strukturierte Weitergabe der Formulare (entsprechend definierter Prozesse) wären die einzelnen Akteurinnen bzw. Akteure in der Versorgung verantwortlich.

6.1. Funktionen

Durch die Organisation des Datenmanagements sind demnach die folgenden Funktionen³³ sicherzustellen.

6.1.1. Information und Kommunikation

Allgemeine Informationen zum DM(P) können elektronisch mittels einer Homepage und/oder der Zusendung von Newslettern zur Verfügung gestellt werden. Folgende Gliederung ist in Hinblick auf die Bereitstellung von Informationen mittels Ersterem denkbar:

- Allgemeine Information über das Krankheitsbild der Herzinsuffizienz für Interessierte,
- Eckpunkte zum DM(P) CHI für Interessierte (Teilnahmevoraussetzungen, Ablauf, Auswertungen etc.),
- Patientinnen- bzw. Patientenbereich: Information laut Teilkonzept ‚Empowerment‘ (inkl. Broschüren, Merkblätter, Videos etc.),
- Generelle Information für GDL zum DM(P) in aktualisierter Form (inkl. Diagnose-, Behandlungs- und Betreuungspfade, Schulungsprogramm, Formulare etc.),
- Log-In-Bereich bzw. Link zu elektronischer Patientinnen- bzw. Patientenakte für berechnigte GDL und Patientin bzw. Patient für eine geschützte Informationsweitergabe bzw. Einsicht in aktuelle Daten bzw. die Weitergabe dieser.

Demnach bietet ein offener Informationsbereich für die beteiligten Einrichtungen und Akteurinnen bzw. Akteuren, für Patientinnen bzw. Patienten sowie für Interessierte die Möglichkeit, sich über das Krankheitsbild der Herzinsuffizienz und über Eckpunkte zum DM(P)

³³ Ausführungen zu administrativen Aspekten siehe Kapitel 5.4 und Kapitel 5.5

CHI zu informieren und sich darüber hinaus über entsprechende Kontaktmöglichkeiten (Hotline, E-Mail, soziale Medien etc.) direkt mit der DM(P) Koordination in Verbindung zu setzen.

Eine strukturierte Informationsweitergabe und Kommunikation ist wesentlich für eine erfolgreich abgestimmte Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten im DM(P) CHI über alle Versorgungsstufen. Daher wird die Sicherstellung der Verfügbarkeit eines geschützten Bereichs für einen kontinuierlichen und sicheren Austausch zwischen den einzelnen GDL im DM(P) CHI und der einzelnen Patientin bzw. dem einzelnen Patienten empfohlen. Es ist daher zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, um die DM(P) Basisdokumentation in weiterer Folge über eine solche Plattformlösung abzuwickeln (z.B. wie Upload von Dokumentationsbögen der Erst- und Folgedokumentation, automatische Übernahme der Verlaufsdokumentation aus der Arztsoftware, ELGA-kompatible Dokumente, Integration von Telemonitoring-Daten, Ergänzung um eine Attachment-Funktion für Befunde als PDF etc.).

6.1.2. DM(P)-Basisdokumentation und Datentransfer

Dokumentationsbögen dienen dazu, DM(P)-spezifische Behandlungsschritte bzw. -ergebnisse zu dokumentieren. Ein Dokumentationsbogen gilt als vollständig ausgefüllt, wenn alle Pflichtfelder befüllt sind. Der Dokumentationsaufwand für die einzelnen Dokumentationsstellen ist dabei durch entsprechende technische Maßnahmen möglichst gering zu halten (beispielsweise durch automatische Übernahme von bestimmten Daten, Drop-down-Felder etc.).

Die DM(P)-Basisdokumentation hat beginnend nach Einschreibung der Patientin bzw. des Patienten in regelmäßigen Abständen (abhängig von Symptomatik/Behandlungsziel/Patientinnen- bzw. Patientenressourcen) entsprechend der vertraglichen Regelung zu erfolgen. Die enthaltenen Daten sind zum Zweck der Qualitätsberichterstattung und Evaluation im Sinne datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu pseudonymisieren und können mit weiteren Daten (z.B. FOKO, allgemeine Statistik etc.) zusammengeführt werden.

Auf Basis der durchgeführten Datenspezifikation (vgl. Abschnitt 4.2.2) wurden Dokumentationsbögen für die medizinische Erst- und Folgedokumentation entworfen (siehe Anhang 3). Gemäß der Empfehlung im Teilkonzept ‚Qualitätsmanagement‘ ist vor Implementierung des DM(P) CHI die Auswahl der Qualitätsindikatoren durch Expertinnen bzw. Experten in einem strukturierten Prozess zu überprüfen und ggf. anzupassen. Daher können die erstellten Dokumentationsbögen, die insbesondere auch für nachfolgende Auswertungen von Relevanz sind, lediglich als Grundlage für einen vor Implementierung durchzuführenden Abstimmungsprozess (hinsichtlich zwingender Dokumentation für Qualitätsmanagement, Verrechnung etc.) dienen.

Der als Teil der DM(P)-Basisdokumentation jährlich zu erhebende Fragebogen zur Lebensqualität (EQ-5D) ist dem Teilkonzept ‚Evaluation‘ als Muster zu entnehmen. Dieses Erhebungsformular ist der primären Anlaufstelle bereitzustellen. Nach entsprechender Einschulung in die richtige Handhabung ist die Lebensqualität jährlich beginnend mit der Einschreibung ins DM(P) durch die primäre Anlaufstelle zu erheben.

Analog zum DMP ‚Therapie Aktiv‘ besteht die Möglichkeit der Erfassung der DM(P)-Basisdokumentation mittels des Dokumentationsblattannahme-Service (DBAS). Mit diesem e-card-Service wird die elektronische Erfassung, Verschlüsselung und Weiterleitung der Dokumentationsblätter für das DMP ‚Therapie Aktiv‘ und für Vorsorgeuntersuchungen

ermöglicht. Folgende Funktionalitäten stehen darin zur Verfügung (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021a, S. 5):

- Erfassung verschiedener Dokumentationsblätter in mehreren Schritten,
- Abfrage der Empfangsbestätigungen für die erfassten Dokumentationsblätter nach bestimmten Kriterien,
- Export und Import von fertigen oder nur teilweise befüllten Dokumentationsblättern (bei PC-Nutzung),
- Druckansicht der vollständig befüllten Dokumentationsblätter,
- Übermittlung der vollständig befüllten Dokumentationsblätter.

Durch diese Art der Lösung erfolgt eine rasche und sichere Übermittlung der Dokumentationsblätter über das e-card-System. Die eingegebenen Daten werden auf Vollständigkeit geprüft. Nach Absenden der Dokumentationsblätter erhält die dokumentierende Stelle eine Empfangsbestätigung, die als Nachweis der Übermittlung an die zuständigen Verrechnungsstellen gilt. Das Service steht grundsätzlich allen Vertragspartnerinnen bzw. -partnern zur Verfügung, die mit dem e-card-System ausgestattet und zur Nutzung des DBAS berechtigt sind. Um dieses verwenden zu können, wird keine Vertragspartnersoftware benötigt (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021a, S. 5). Für die Nutzung muss jedoch die Einschreibung der Patientin bzw. des Patienten im e-card-System vorliegen. Erst nach Bestätigung der Einschreibung wird das Betreuungsverhältnis im System aktiviert.

6.1.3. Feedbackberichte

Feedbackberichte sollen den teilnehmenden GDL die Möglichkeit geben, in regelmäßigen Abständen einen schnellen und umfassenden Überblick, insbesondere über die Qualität der Behandlungsprozesse – also die Prozessqualität –, zu erhalten. Diese Aspekte können von den GDL direkt beeinflusst werden bzw. sind im Verlauf des Behandlungsprozesses kontinuierlich zu erfassen. Das Bereitstellen von individualisierten Feedbackberichten durch die DM(P)-Koordination für die GDL ist dabei Teil des Qualitätsmanagementsystems. Die Feedbackberichte sind als Unterstützung für teilnehmende GDL gedacht, damit diese die Qualität des DM(P) operativ weiterentwickeln können. Die zur Beurteilung der Qualität der Behandlungsprozesse definierten Qualitätsindikatoren sind dem Teilkonzept ‚Qualitätsmanagement‘ wie auch dem Teilkonzept ‚Evaluation‘ zu entnehmen. Die hierfür zu erhebenden Daten wurden in die Dokumentationsbögen (vgl. Kapitel 6.1.2) eingearbeitet.

Idealerweise steht den teilnehmenden GDL über das DM(P)-spezifische Informations- und Datenmanagementsystem ein Tool zur automatischen Erstellung diverser Auswertungen zu Qualitätsaspekten in der Versorgung zur Verfügung. Demnach wären Online-Auswertungen, im Sinne von softwaregestützten automatisch generierten Feedbackberichten über eigene Patientinnen bzw. Patienten und in Form von Vergleichsdarstellungen möglich.

6.1.4. Reminder und Recall

Erinnerungssysteme dienen auf Ebene der GDL im DM(P) CHI insbesondere dazu, die standardisierte Behandlung gemäß den als Teil des medizinischen Rahmenkonzepts erstellten Pfaden zu unterstützen und zu fördern. Auf Patientinnen- bzw. Patientenebene ermöglichen diese vor allem eine Erinnerung an die Einhaltung vereinbarter Termine und/oder (Therapie-)Ziele. Erinnerungssysteme haben daher zum einen Einfluss auf die leitlinienkon-

forme Versorgung, zum anderen aber auch auf die Compliance der Patientinnen bzw. Patienten und sind daher insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung vorteilhaft (Kranzer, 2007, 87f).

Voraussetzung für eine positive Wirkung von Erinnerungssystemen in Disease-Management-Programmen ist, dass der Einsatz

- systematisch,
- zeitnah,
- problemspezifisch gezielt und
- individuell akteurbezogen erfolgt (CCIV & HVB, 2008 unveröffentlicht, S. 296).

Vor Implementierung eines Remindersystems sind allerdings folgende Fragen zu klären (CCIV & HVB, 2008 unveröffentlicht, S. 296):

1. In welchen Phasen bzw. auf welchen Ebenen im DM(P) CHI und ab welcher Zielwertüberschreitung sollen diese eingesetzt werden?
2. Welche Arten von Remindern sollen verwendet werden? Wie und unter Einsatz welcher Systeme erfolgt die Erinnerung?
3. Wer ist für die Steuerung und Durchführung des Reminder-Einsatzes verantwortlich?

Es lassen sich zahlreiche Arten von Erinnerungssystemen unterscheiden. Zu differenzieren sind (CCIV & HVB, 2008 unveröffentlicht, S. 299):

- Passive und aktive Systeme, wobei aktive Erinnerungssysteme ein Handeln des Senders erforderlich machen,
- unspezifische und spezifische Reminder, wobei spezifische Systeme gezielte Rückmeldung auf bestimmte Informationen geben,
- computergestützte Reminder mit interaktiven Möglichkeiten (wie pop-up Fenster, webbasierte Reminder) und
- nach Art des gewählten Mediums schriftliche (wie E-Mail, SMS) und mündliche Reminder (wie Telefon).

Grundsätzlich sind Reminder an GDL in Form von Patientinnen- bzw. Patientenlisten, die aus der Administrationssoftware generiert werden, mit aktualisierten Informationen zu den jeweiligen eingeschriebenen und beim GDL in Betreuung befindlichen Patientinnen bzw. Patienten anzudeuten. Diese Listen enthalten Informationen beispielsweise zu noch ausständiger Basisdokumentation oder im nächsten Quartal fälliger Dokumentation. Des Weiteren sind durch die Organisation des Datenmanagements auch Reminder etwa über noch offene medizinische Untersuchungen (wie EKG), Schulungen oder Beratungen sowie über Patientinnen bzw. Patienten mit bestimmten medizinischen Parametern außerhalb des gewünschten Zielbereichs möglich. Solche Aufstellungen, beispielsweise mit medizinischen Auffälligkeiten, sind in weiterer Folge von den GDL für den Recall von Patientinnen bzw. Patienten verwendbar. Patientinnen- bzw. Patienten-Reminder im DM(P) CHI sind bei-

spielsweise in Form von SMS-Remindern oder computergestützten Remindern, die an bevorstehende Kontrolluntersuchungen, Schulungen, (Therapie-) Vereinbarungen und/oder Medikamenteneinnahme etc. erinnern, umsetzbar.

6.1.5. Telemonitoring

Telemonitoring ist eines der Haupteinsatzgebiete telemedizinischer Anwendungen. Die bisherige Nutzung erfolgte dabei insbesondere in der Primärversorgung bei chronischen Krankheiten wie Herzkrankheiten, COPD und Diabetes. Eine große Zahl an Anwendungen zielt auf das Wohlbefinden und Selbstmanagement der Patientinnen bzw. Patienten ab, speziell mobile Apps (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2020, 8f).

Die ESC-Leitlinien sehen Telemonitoring als möglichen Bestandteil im Disease-Management bei CHI zur Umsetzung der empfohlenen Komponenten (vgl. Teil I ‚Medizinisches Rahmenkonzept‘). Bei diesen handelt es sich u.a. um:

- Aktive Beteiligung der Patientin bzw. des Patienten (und ggf. der betreuenden Angehörigen oder Pflegeperson) am Monitoring der Symptome und an der Dosisanpassung der Diuretika,
- Follow-up nach Spitalsentlassung (regelmäßige Visiten (ambulant oder zuhause), evtl. telefonische Kontakte oder Telemonitoring) und
- Verbesselter Zugang zur Versorgung (durch persönliches Follow-up oder Telefonkontakt; evtl. durch Telemonitoring).

Das Autorinnenteam der TU Wien weist in der vom CCIV beauftragten Studie ‚Barrieren und Motivatoren im Zusammenhang mit der Verwendung von Telemonitoring durch Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz‘ allerdings darauf hin, dass die Einbindung von zusätzlichen Technologien zur Behandlung von CHI die Komplexität in den unterschiedlichen Behandlungssituationen erhöht. Zudem fehle es auch an einer einheitlichen Definition dessen, wie genau Telemonitoring technisch zu implementieren ist. Demnach bleibt die Effektivität einer flächendeckenden Einführung von Telemonitoring in Österreich ohne umfassende wissenschaftliche Studien, welche die verschiedenen technischen Möglichkeiten in Relation zu spezifischen Behandlungskontexten setzen, bis auf Weiteres offen. Die Studie kommt daher zum Schluss, dass es aufgrund der komplexen Versorgungssituation mit regionalen Unterschieden in der medizinischen Infrastruktur und in den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen bzw. Patienten, keine ‚one-size-fits-all‘-Lösung geben kann (vgl. Teil IV Telemonitoring).

Das ‚Medizinische Rahmenkonzept‘ sieht unterschiedliche Versorgungsarten im DM(P) CHI vor, wobei auch Kombinationen dieser denkbar sind und nicht für jede Patientin bzw. jeden Patienten jede Versorgungsart akzeptabel sein wird. Als Vorteile eines Primärversorgungsmodells mit Telemonitoring inkl. Rückkopplung werden die zeitnahe Informationsweitergabe, die mögliche umgehende Reaktion auf Abweichung von Parametern/bei Verschlechterung durch Rückkopplung und die zunehmend bessere und kostengünstigere Verfügbarkeit neuer Geräte und Technologien genannt. Die Nachteile liegen insbesondere in der notwendigen zusätzlichen Schulung im Umgang mit Geräten und der Technologie sowie im möglichen hohen Zeit- und Ressourcenaufwand (systemseitig durch Rückkopplung) und in der Nicht-Eignung für bestimmte Patientinnen bzw. Patienten. Im DM(P) CHI ist demgemäß optionales Telemonitoring in unterschiedlicher Form vorgesehen (vgl. Formen der Fernüberwachung Kapitel 1.1.3).

Umsetzung von Telemonitoring im Programm „HerzMobil Tirol“³⁴

In Österreich gibt es bereits einige regionale Pilotprojekte bzw. Programme, die Telemonitoring-Ansätze³⁵ in ihre Projekte bzw. Programme integrieren. Beispielsweise findet im dreimonatigen Betreuungsprogramm „HerzMobil Tirol“ die regelmäßige Messung und Überprüfung von Gesundheitszustand und Wohlbefinden der Patientinnen bzw. Patienten mittels Puls-/Blutdruckmessgerät, Waage und Smartphone-App statt. Die Übertragung der Daten, die von der Patientin bzw. dem Patienten selbständig erhoben werden (Messdaten wie Gewicht, Puls, Blutdruck, die aktuelle Befindlichkeit und die Einnahme der Medikamente), erfolgt dabei mittels Smartphones.

Im Programm „HerzMobil Tirol“ erfolgen die Bereitstellung des Geräte-Sets, die Einweisung in die Handhabung der Geräte und die ersten Messungen bzw. Datenerfassungen meist noch während des Krankenhausaufenthaltes nach Unterfertigung der Zustimmungserklärung zum Programm. Als Schlüssel für den Zugang zu diesen Daten dient eine spezielle Patientinnen- bzw. Patientenkarte. Mittels Near-Field-Communication(NFC)-Technologie sowie speziellen Smartphone Apps werden die Messwerte an die Datenzentrale (telemedizinische Datenzentrale der Tirol Kliniken GmbH) übermittelt und vom Betreuungsteam regelmäßig kontrolliert (inkl. automatischer Benachrichtigung bei Messwerten außerhalb definierter Grenzwerte und zeitnahe Reaktion, d.h. innerhalb eines Werktages). Das Versorgungsprogramm „HerzMobil Tirol“ ist allerdings nicht für Notfälle ausgelegt. Nach dem Closed-Loop-Healthcare-Prinzip besteht die Möglichkeit, Rückmeldungen und Empfehlungen an die Patientin bzw. den Patienten zu verfassen und verschlüsselt an das Smartphone der Patientin bzw. des Patienten zu übermitteln. Die notwendige Datensicherheit wird durch eine Zugangskontrolle mit persönlicher RFID/NFC-Karte oder persönlichem Identifikationscode gewährleistet (AIT Austrian Institute of Technology GmbH, 2019; LIV, o.D.b, 13ff).

Technisch berücksichtigt HerzMobil die nationalen und internationalen Standards (z.B. HL7), um eine Interoperabilität mit der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) sicherzustellen. Der Telegesundheitsdienst „HerzMobil“ wurde dementsprechend als ELGA-Applikation konzipiert (Telemonitoring-Episodenbericht)³⁶ (LIV, o.D.a).

Umsetzungsaspekte DM(P) CHI

Trotz der Vielzahl technischer Umsetzungsmöglichkeiten besteht ein Telemonitoring-System grundsätzlich aus medizinischen Sensoren zur Messung von Vitalparametern, einer Basisstation bei der Patientin bzw. dem Patienten zur Erfassung der Messdaten, einem Übertragungssystem sowie einem Server zur Speicherung und Auswertung der Daten in einer elektronischen Patientinnen- bzw. Patientenakte. Zur Messung von Vitalparametern wie dem Blutdruck oder der Sauerstoffsättigung dienen am oder im Körper befindliche Senso-

³⁴ HerzMobil wird nicht nur in Tirol, sondern auch in der Steiermark umgesetzt (Regelbetrieb in den IT-Infrastrukturen der Tirol Kliniken und der KAGes).

³⁵ Die TeleReha ist neben Telemonitoring eine weitere telemedizinische Anwendung und ein Pilotprojekt im Rahmen von HerzMobil Tirol. Ziel ist eine zusätzliche Behandlung in Form von Bewegung (Rehabilitation) für Menschen mit Herzinsuffizienz in den eigenen vier Wänden mittels eines telemedizinisch überwachten Trainingsprogramms (Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol (o.D.).

³⁶ Aktuell gibt es vier offizielle durch das Ministerium verordnete ELGA-Dokumente (ärztliche und pflegerische Entlassungsbriefe, Laborbefunde, Radiologiebefunde, Medikationsdaten). Nach Verordnung durch das Gesundheitsministerium werden die Daten aus HerzMobil Teil der ELGA sein. Die Verordnung wird für Jänner 2022 erwartet.

ren, die sowohl untereinander über ein Netzwerk als auch mit Empfangsstationen in Übertragungsreichweite (wie das Smartphone als Basisstation in der Wohnung der Patientin bzw. des Patienten) kommunizieren. Die Basisstation ist dabei mit einem telemedizinischen Zentrum, einem Krankenhaus oder einer Ärztin bzw. einem Arzt verbunden, die Daten werden ausgewertet und in einer elektronischen Patientinnen- bzw. Patientenakte gespeichert. Bei Überschreiten bestimmter Grenzwerte kann ein automatisierter Alarm so eine rasche(re) Reaktion ermöglichen (Krüger-Brand, 2006, 524).

In der nachfolgenden Abbildung 34 werden zentrale Überlegungen im Zusammenhang mit der Implementierung von Telemonitoring im DM(P) CHI grafisch dargestellt.

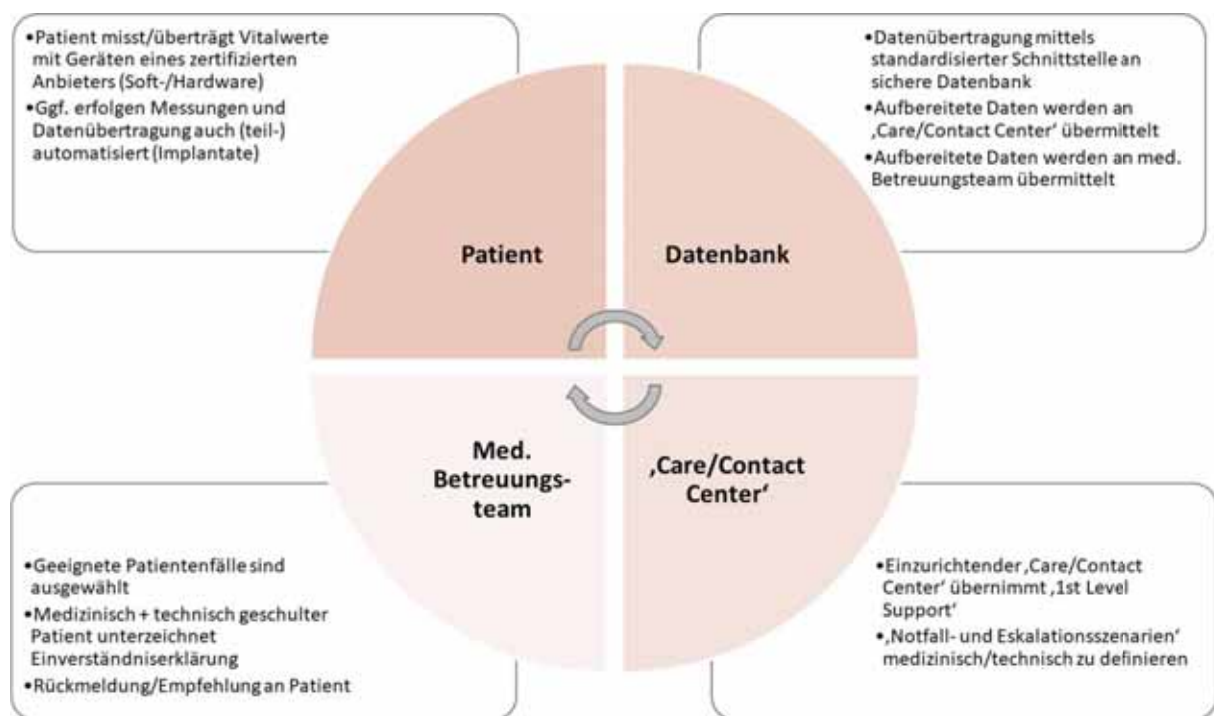


Abbildung 34: Möglicher Ablauf Telemonitoring im DM(P) CHI

Zu beachten gilt, dass die Integration von Telemonitoring-Daten in ein elektronisches Datenmanagementsystem eine komplexe Anforderung darstellt, insbesondere aufgrund dessen, dass es keine 'one-fits-all'-Lösung geben kann. Die derzeit verwendeten Systeme sind Entwicklungen mit bereits zahlreichen Schnittstellen und Funktionalitäten. Ihre Integrationsmöglichkeiten beschränken sich jedoch oft auf den medizinischen Bereich (ELGA, KIS).

Die folgende Abbildung 35 fasst Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Implementierung von Telehealth grafisch zusammen.

Schlüsselfaktoren für die Implementierung von Telehealth

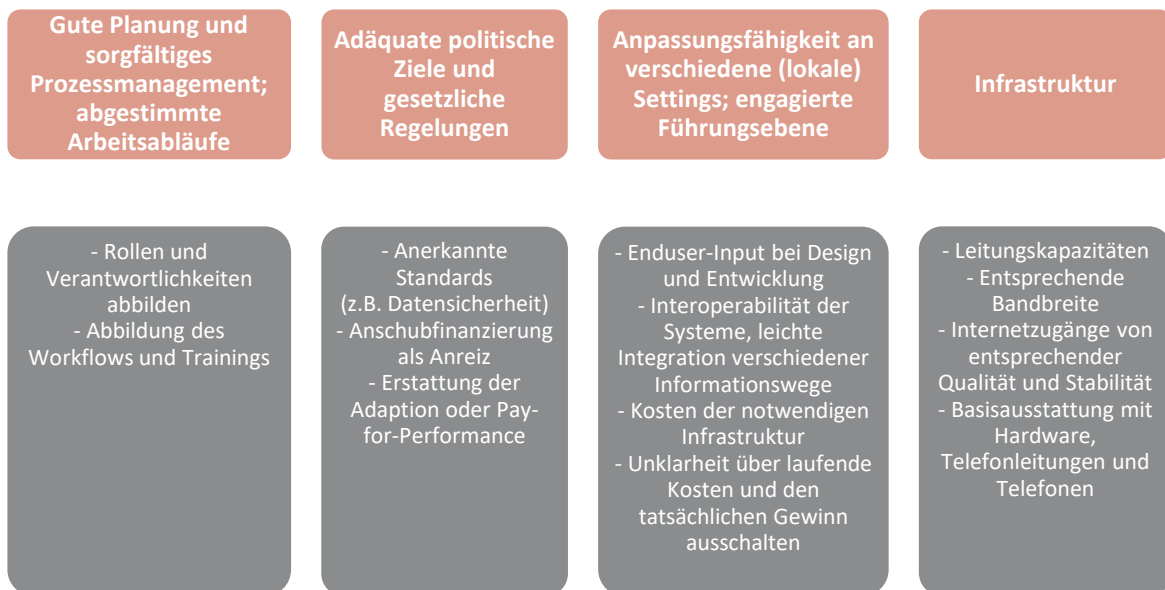


Abbildung 35: Schlüsselfaktoren für die Implementierung von Telehealth (in Anlehnung an Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2020, S. 24)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Telemonitoring aufgrund der zunehmenden technischen Möglichkeiten und aufgrund positiver Projektergebnisse zunehmend als Option für GDL und Kostenträger betrachtet wird.³⁷ Beispielsweise darf in Deutschland gemäß „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz“ Telemonitoring bei Herzinsuffizienz bei bestimmter Indikation und unter definierten Bedingungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden³⁸ (Beschluss mit 31. März 2021 in Kraft getreten) (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020a).

Die österreichische Telegesundheitskommission empfiehlt als Voraussetzung für Telemonitoring das Vorhandensein eines Disease-Management-Programmes oder eines anderen standardisierten medizinischen Versorgungsprogrammes für die jeweilige Erkrankung, da über diese Prozesse und Strukturen die Behandlungs- und Monitoring-Schemata des Telemonitorings einfacher integriert werden können (BMSGPK, 2019b). In den bestehenden Standards und Guidelines werden insbesondere technische Notwendigkeiten thematisiert (Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2020, S. 9). Beispielsweise beschränkt sich die „Rahmenrichtlinie für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von Telemonitoring: Messdatenerfassung“ auf den Unterpunkt der Überwachung und Messdatenerfassung und klammert weitere Aspekte und Funktionen im Bereich der Telekommunikation und Prozessunterstützung (etwa Arbeitsschritte in einem DMP, Feedbackfunktion, „Therapietagebuch“) aus (BMSGK, 2018, S. 8).

³⁷ Vgl. Empfehlungen zum Einsatz von Telemedizin in der Kardiologie (Gruska et al., 2020).

³⁸ Die Basis für diesen Versorgungsansatz bildet eine Kooperation zwischen telemedizinischen Zentren (TMZ) und niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten. Während TMZ für das Datenmanagement (inkl. technischer Ausstattung der Patientinnen bzw. Patienten) verantwortlich sind, liegt die direkte Therapieentscheidung grundsätzlich bei den niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020b).

Im Rahmen des Europäischen Netzwerks für Health Technology Assessment wurden Untersuchungen zu Telemonitoring bei Patientinnen bzw. Patienten mit CHI (Teilbereich ‚Strukturierte telefonische Unterstützung im Zeitraum nach der Krankenhausentlassung‘) durchgeführt (vgl. Wilbacher, 2016). Die Ergebnisse zeigen u.a. in der Praxis vorhandene Unklarheiten, wie beispielsweise offene organisatorisch-rechtliche Fragen hinsichtlich der Übernahme von Verantwortlichkeit (Wer ist wofür zuständig?), der möglichen Zuständigkeit für die Kostenübernahme (Software-Lizenzen, Schulungsmaterialien, Hosting, Datenschutz bei Telefonübertragung, Dokumentationssicherheit, Vorhaltezeit, etc.), der Wartung der Systeme und der Datenabwicklung (Datenschutz und Dokumentationssicherheit).

Ergänzend zu den bereits genannten zu klärenden Aspekten im Rahmen der Implementierung von Telemonitoring im DM(P) CHI sind folgende weitere Punkte wesentlich:

- Selektion geeigneter Patientinnen bzw. Patienten,
- Klärung Art des Leistungsangebots,
- Klärung der Honorierung für Telemonitoring-Leistungen,
- ELGA-Konformität bzw. künftige Migration zu ELGA-Anwendung,
- Strukturierung der Datenspeicherung und Organisation eines Care/Contact Centers (regional/zentral etc.),
- Geräte-Logistik (Ausgaben und Wartung der medizinischen Messgeräte).

6.2. Allgemeine Anforderungen

Ausgehend von den definierten Prämissen für das Rahmenkonzept DM(P) CHI sowie der Ergebnisse aus der Online-Befragung zu Anforderungen an und Hürden bei der Implementierung eines elektronischen Datenmanagementsystems lassen sich folgende allgemeine Rahmenbedingungen, die im Zuge der Umsetzung eines elektronischen Datenmanagementsystems für das DM(P) CHI zu berücksichtigen sind, festhalten:

- Sicherstellung einer praxistauglichen Lösung für die einzelnen Akteurinnen bzw. Akteure,
- Einfache, intuitive Handhabung mit möglichst geringem administrativen Aufwand,
- Bestmögliche Unterstützung, zeitnaher Bereitstellung notwendiger Informationen,
- Berücksichtigung vorhandener (regionaler) Strukturen und Ressourcen (system- und patientinnen- bzw. patientenseitig),
- Flexibilität und Spielraum für Ausgestaltung vor dem Hintergrund eines modular aufgebauten Disease-Managements CHI,
- Vermeidung von ‚Insellösungen‘,
- Berücksichtigung von Überschneidungen/Abhängigkeiten hinsichtlich bestehender Versorgungsprogramme (HI- und weitere Disease-Management-Programme),
- Berücksichtigung bzw. Einhaltung relevanter datenschutzrechtlicher Bestimmungen, Richtlinien und Standards³⁹,
- Sicherstellung der sicheren Datenübertragung.

³⁹ Identitätsmanagement entsprechend bestehender und in naher Zukunft absehbarer Regulatorien in Österreich und in der EU (z.B. EU eHealth Digital Service Infrastructure, European Digital Identity)

Das heißt, es gilt stets der Grundsatz, die richtigen Daten (DM(P)-Strukturdaten, Stammdaten und Verlaufsdokumentation) der richtigen Verwendung zuzuführen und den Dokumentationsaufwand für die einzelnen Akteurinnen bzw. Akteure so gering wie möglich zu halten. Ergänzend zu diesen grundsätzlich zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen ergeben sich folgende allgemeine Anforderungen an ein elektronisches Datenmanagementsystem. Diese basieren insbesondere auf bereits durchgeführten Überlegungen des CCIV im Rahmen der Arbeiten zum Konzept „netzwerk aktiv – besser leben mit demenz“ (2011).

6.2.1. Übernahme der Stammdaten der Patientinnen bzw. Patienten

Wie in Abschnitt 4.3 bereits dargelegt wurde, sind die Stammdaten, die im Rahmen der Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung mittels e-card von der primären Anlaufstelle aus dem e-card-System ausgelesen werden, über die e-card-Leitung an die DM(P)-Koordination zu übermitteln, wo dann die Teilnahmeberechtigung zu prüfen ist. Nach erfolgter Bestätigung wird das Datenmanagementsystem aktiviert. Voraussetzung für die Erstellung eines Patientinnen- bzw. Patientendokumentes im System ist die Übertragung folgender Stammdaten der Patientin bzw. des Patienten von der Administrationssoftware in das Datenmanagementsystem:

- Vor- und Zuname der Patientin bzw. des Patienten,
- Geburtsdatum,
- Geschlecht,
- Adresse,
- Sozialversicherungsnummer,
- Sozialversicherungsträger.

6.2.2. Benutzerinnen- bzw. Benutzerverwaltung und Berechtigungen

Mittels der Benutzerinnen- bzw. Benutzerverwaltung durch die DM(P)-Koordination sind die Zugriffe der Benutzerinnen bzw. Benutzer auf das System zu steuern. Die Benutzerinnen bzw. Benutzer sind hierfür durch die DM(P)-Koordination über die Administrationssoftware anzulegen und zu verwalten. Änderungen der Benutzerinnen- bzw. Benutzerdaten sind zu protokollieren. Durch die passwortgeschützte (für GDL mit Anbindung an das e-card-System o-card-geschützte) Zugriffssperre ist eine Anmeldung im System nur dann möglich, wenn ein Benutzerinnen- bzw. Benutzerstammsatz inkl. Kennwort existiert. Dieser dient dazu, der Benutzerin bzw. dem Benutzer die jeweiligen Berechtigungen entsprechend ihrer bzw. seiner Rolle zuzuordnen. Hierfür sind die in der nachfolgenden Tabelle 26 abgebildeten Datenfelder wesentlich (CCIV, 2011, 192f).

Hinsichtlich der Benutzerverwaltung sind die Entwicklungen zum e-Health-Verzeichnisdienst (eHVD) und Gesundheitsdiensteanbieter-Index (GDA-I) zu berücksichtigen. Beim eHVD handelt es sich um ein Verzeichnis aller in Österreich als Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) tätigen Personen und Organisationen (unabhängig davon, ob es sich um GDA oder ELGA-GDA handelt) und ist aus technischer Sicht dem GDA-I-Service sehr ähnlich. Der GDA-I stellt eine wesentliche Komponente der ELGA dar (BMASGK & BRZ, 2019, S. 4).

Tabelle 26: Benutzerstammsatz für Benutzerverwaltung

Daten der Benutzer	Beschreibung
Benutzername	Eindeutige (alphanumerische) Kennung des Benutzers im System
Gültig von/bis	Gültigkeitszeitraum
Vor- und Zuname	Hinterlegung des Namens
Telefonnummer	Hinterlegung der Telefonnummer(n) beim Benutzer
E-Mail-Adresse	Hinterlegung der E-Mail-Adresse des Benutzers
Institution	Zuordnung des Benutzers zu einer Einrichtungsart
Berufsgruppe/ Fachrichtung	Zuordnung des Benutzers zu Allgemeinmedizin, Kardiologie, Physiotherapie etc.
Rolle	Zuordnung des Benutzers zu einer Rolle inkl. hinterlegter Rechte
Region	Hinterlegung der Region des Benutzers
Anmeldesperre	Möglichkeit des Ausschließens des Benutzers von der Systemanmeldung

Folgende Rollen mit hinterlegten Berechtigungen für bestimmte Funktionen sind im elektronischen Datenmanagement vorgesehen:

- ‚Systemadministrator‘,
- Primäre Anlaufstelle für Patientinnen- bzw. Patientenbetreuung,
- Weitere GDL,
- Patientin bzw. Patient.

Tabelle 27: Mögliche Benutzerinnen- bzw. Benutzerrollen und Berechtigungen im DM(P) CHI

Akteure	Systemadministrator	Primärversorgung Hausärzte	Niedergelassener FA für Innere Medizin/Kardiologie HI-Spezialist/Spezialambulanz Krankenhaus/stationär Rehabilitation	Patient (Einbindung von An- bzw. Zugehörigen/Pflege/sonst. Betreuung wie Heimhilfe etc. durch Patient)
Benutzerrollen	Systemadministrator	Primäre Anlaufstelle für Patientenbetreuung	Weitere GDL	Patient
Berechtigungen	Neuanlegen	Schreiben	Schreiben	Schreiben (Telemonitoring)
	Sperren	Stornieren	Stornieren	Stornieren (Telemonitoring)
	Schreiben	Lesen	Lesen	Lesen
	Stornieren	Drucken	Drucken	Drucken
	Lesen			
	Drucken			

Tabelle 27 gibt einen Überblick über die Benutzerrollen im DM(P)-CHI und über die daraus resultierenden Berechtigungen für die Akteurinnen bzw. Akteure. Tabelle 28 stellt ein Beispiel für die vorgesehenen spezifischen Rechte hinsichtlich einsehbarer und änderbarer Stammdaten je Rolle dar.

Tabelle 28: Beispiel für Berechtigungen in der jeweiligen Rolle

Legende: L=Lesen, S=Schreiben	Systemad- ministratör		Primäre An- laufstelle		Weitere GDL		Patientin Patient	
	L	S	L	S	L	S	L	S
Berechtigungsgruppe								
Stammdaten								
Vor- und Zuname	x	x	x		x		x	
SVNR	x	x	x		x		x	
Geburtsjahr	x	x	x		x		x	
KV-Träger	x	x	x		x		x	
Adresse/politischer Bezirk	x	x	x		x		x	
Telefonnummer (E-Mail, wenn vorhanden)	x	x	x		x		x	
Geschlecht	x	x	x		x		x	
DM(P)-spezifische Patientenschulung	x	x	x	x	x		x	
Patienten-Einverständniserklärung	x	x	x		x		x	
DM(P)-Einschreibedatum	x	x	x		x		x	
Aktuelle primäre Anlaufstelle	x	x	x		x		x	
Betreuungsnetzwerk	x	x	x	x	x		x	x
DM(P)-Versorgungsnetzwerk	x	x	x	x	x	x	x	

6.2.3. Weitere allgemein zu berücksichtigende Aspekte

Im Zuge der Implementierung einer elektronischen Lösung für ein DM(P) CHI Datenmanagementsystem ist Folgendes sicherzustellen.

- Einfache Pflege der Datenfelder (anlegen, anpassen, löschen) in den Bildschirmmasken in Hinblick auf künftige Anpassungserfordernisse (insbesondere in den ersten Jahren der Umsetzung des DM(P) CHI),
- Erstellung von Schnittstellen zur Anbindung externer EDV-Systeme bzw. dokumentierender Akteurinnen bzw. Akteure im DM(P) CHI,
- Technische Möglichkeit einer Prüfung der Dokumentation auf Vollständigkeit insbesondere in Hinblick auf mögliche Aufwandsentschädigungen im Zusammenhang mit verpflichtender Dokumentation,
- Zugriffsprotokollierung zur Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit und zur Protokollierung der Dateneingaben inkl. aller getätigten Änderungen,
- Programmierung einer Suchfunktion zur raschen Auffindbarkeit von Patientinnen- bzw. Patientendatensätze durch zugriffsberechtigte Akteurinnen bzw. Akteure,
- Erweiterungsmöglichkeit um ein Reminder- bzw. Recallsystem,
- Technischer First- Level-Support.

6.3. Rechtliche Grundlagen und Datenschutz

6.3.1. Datenschutz-Grundverordnung (EU) 2016/679

Seit dem 25.05.2018 stellt die Grundlage des allgemeinen Datenschutzrechts in der EU und in Österreich die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) dar (vollständiger Titel: „Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG“). Das „Bundesgesetz zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz – DSG), BGBl. I Nr. 165/1999 idgF.“ ist das geltende österreichische Datenschutzgesetz und ergänzt die DSGVO.

Wie bereits erwähnt, erfordert die Teilnahme am DM(P) CHI sowie die damit einhergehende Erfassung und Weitergabe von Daten die Einwilligung der Patientinnen bzw. Patienten. Im Rahmen des Einschreibeprozesses ist daher das Einholen der Einverständniserklärung der Patientinnen bzw. Patienten erforderlich, um den datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung zu entsprechen. Darin sollte die Zustimmung zur Datenerfassung in Bezug auf die DM(P)-Basisdokumentation sowie der sektorenübergreifenden Datenverknüpfung (über Patientinnen- bzw. Patientenpseudonyme) für Auswertungen im DM(P) CHI (Qualitätssicherung und Evaluation) abgeklärt werden. Gemäß Evaluierungskonzept ist zudem das Einholen einer Einverständniserklärung aller KV-Träger sowie der Landesgesundheitsfonds für die Aufbereitung und Analyse von Einzelfalldaten (DM(P)-Basisdokumentation und Routinedaten der SV und Landesgesundheitsfonds) notwendig sowie ein Auftragsverarbeitungsvertrag (AVV) zwischen Datenhalter(n) und evaluierende Institutionen abzuschließen (vgl. Teil V Evaluation). Ergänzend dazu ist insbesondere die in Artikel 32 der EU-DSGVO beschriebene Sicherheit der Datenverarbeitung durch entsprechende technische und organisatorische Maßnahmen (TOM) im Rahmen der Umsetzung des DM(P) CHI zu berücksichtigen.

Neben der DSGVO sind die in den folgenden Abschnitten 6.3.2 bis 6.3.7 angeführten Gesetze, Verordnungen und Richtlinien von Relevanz für das Datenmanagement im DM(P) CHI.

6.3.2. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. Nr. 745/1996 idgF.)

Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen stellt die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende rechtliche Grundlage für die Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten im intra- und extramuralen ambulanten sowie im stationären Versorgungsbereich, ebenso wie für die Verarbeitung der Daten von Patientinnen bzw. Patienten sowie der GDL in pseudonymisierter Form, dar.

6.3.3. Gesundheitsdokumentationsverordnung (BGBl. II Nr. 25/2017 idgF.)

In dieser Verordnung wird die Dokumentation und Übermittlung bzw. Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich entsprechend den Hauptstücken A bis C des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen geregelt.

6.3.4. Bundesgesetz über die Bundesstatistik (BGBl. I Nr. 163/19999 idgF.)

Die Rechtsgrundlage für Daten der allgemeinen Statistik, die insbesondere für die Programmevaluation benötigt werden, stellt insbesondere dieses Bundesstatistikgesetz dar (vgl. Teil V Evaluation).

6.3.5. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG (BGBl. Nr. 189/1955 idgF.)

Gemäß § 459e Abs. 1 ASVG sind die Sozialversicherungsträger und der Dachverband ermächtigt, miteinander oder gemeinsam mit dem Bund, einem oder mehrerer Länder oder von ihnen beauftragten Einrichtungen, Projekte über die Optimierung von Verwaltungsabläufen sowie Verwaltungsabläufe betreffend der integrierten gesundheitlichen Versorgung der Versicherten durchzuführen (z.B. Disease-Management). § 459e Abs. 2 ASVG definiert jene zur Durchführung notwendigen Gesundheitsdaten, die von den Projektträgern und von den für vereinbarte Verwaltungsabläufe Verantwortlichen in anonymisierter Form oder, wenn ein Bezug zur versicherten Person notwendig ist, in pseudonymisierter Form verwendet werden dürfen:

- Daten über die behandelnde Einrichtung,
- Daten zur Patientinnen- bzw. Patientenidentifikation,
- Ggf. Sterbedaten,
- Relevante Daten zu Anamnese, aktuellem Gesundheitszustand und Indikation,
- Relevante Daten zum Versorgungsprozess und zur Nachsorge sowie
- Daten zur Ergebnismessung.

Gemäß § 459e Abs. 3 ASVG gilt: *„Zur Durchführung eines Projektes oder eines vereinbarten Verwaltungsablaufes dürfen in anonymisierter oder pseudonymisierter Form nur jene direkt personenbezogenen Daten herangezogen werden, die von den Projektträgern und den für vereinbarte Verwaltungsabläufe Verantwortlichen bereits für andere Zwecke verarbeitet werden dürfen. Diese Daten dürfen zur unverzüglichen Anonymisierung oder Pseudonymisierung an eine Stelle überlassen werden, die über die hierzu nötige Sachkenntnis und Verlässlichkeit verfügt. Nach erfolgter Anonymisierung oder Pseudonymisierung ist der Personenbezug unverzüglich zu löschen. Der Zugriff durch Andere auf die zu anonymisierenden oder pseudonymisierenden Daten oder die Verwendung dieser Daten für andere Zwecke ist verboten.“*

Zu den trägerübergreifenden Verwaltungsaufgaben des Dachverbands der Sozialversicherungsträger zählt gemäß § 30c Abs. 1 Zif. 7 ASVG die Errichtung und Führung einer Pseudonymisierungsstelle.

6.3.6. Empfehlungen der Telegesundheitsdienste-Kommission

Im März 2013 wurde ein interdisziplinäres Sachverständigengremium in Form einer Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz eingerichtet. Hauptaufgabe dieser Telegesundheitsdienste-Kommission (TGDK) war es, Empfehlungen zur Einführung bestimmter telemedizinischer Dienste in die österreichische Regelversorgung zu formulieren. Im Fokus standen dabei vor allem Einsatzmöglichkeiten bei häufigen chronischen oder altersbedingten Erkrankungen. Die TGDK schlug in ihrem Abschlussbericht 2014 diesbezüglich vor, den Einsatz von Telemonitoring bei Indikationen von Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und auch bei der Implantat-Nachsorge weiter zu verfolgen (BMSGPK, 2019b).

Für die weiterführenden Arbeiten im Rahmen der Zielsteuerung wurde eine Projektgruppe eingerichtet, die mit Mai 2015 unter dem Titel „Telegesundheitsdienste“ etabliert wurde und Telemonitoring als Teilbereich von Telemedizin fokussierte. Bei der Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Sozialversicherung sowie der Beiziehung von Expertinnen bzw. Experten aus Medizin und Technik wurden ein Empfehlungskatalog und ein IT-Architekturentwurf hinsichtlich der Interoperabilität erstellt.

6.3.7. Rahmenrichtlinie für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von Telemonitoring: Messdatenerfassung

Grundlage für die erstellte Rahmenrichtlinie des BMASGK waren die Ergebnisse und Empfehlungen der TGDK und der Telegesundheitsdienste-Projektgruppe im Auftrag der Zielsteuerung und unter Mitwirkung von Bund, Ländern und Sozialversicherungen. Im Rahmen dieser Arbeiten wurde festgestellt, dass eine grundlegende technische ‚Guideline‘ in Form einer Rahmenrichtlinie, die als sinnvolles und hilfreiches Hilfsmittel für sämtliche Umsetzungsaktivitäten in Österreich, die internationale Abstimmung und Weiterentwicklung von Telemonitoring fungieren soll, benötigt wird. Diese Leitlinie beschränkt sich auf die Messdatenerfassung im Rahmen des Telemonitorings. Inhaltlich werden der idealtypische Ablauf einer zusätzlichen Betreuung mit Telemonitoring beschrieben und die IT-Architektur für Telemonitoring sowie die Systemanforderungen hinsichtlich der Interoperabilität dargestellt. Skizziert werden weiters die Ziele und auch die Nicht-Ziele, die Adressatinnen und Adressaten, die Anbindung an die ELGA, die rechtlichen Grundlagen und die technischen Begleitmaßnahmen. Weitere Funktionen im Bereich der Telekommunikation und Prozessunterstützung sind zu ergänzen. Dementsprechend wird der Fokus in dieser Richtlinie auf technologische Aspekte und Standards, nicht aber auf inhaltliche Vorgaben und Nutzungsszenarien gelegt (BMASGK, 2019).

Folgende weitere Gesetze sind in Zusammenhang mit dem Management von Daten relevant:

- Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmaßnahmen bei der Verarbeitung elektronischer Gesundheitsdaten und genetischer Daten (Gesundheitstelematikgesetz 2012 – GTelG 2012) Elektronische Gesundheitsakte-Gesetz –ELGA-G (2012),
- Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der nähere Regelungen für die Gesundheitstelematik getroffen werden – Gesundheitstelematikverordnung 2013 (GTelV 2013),
- ELGA-Verordnung 2015 (ELGA-VO 2015) mit Präzisierung der Bestimmungen des GTelG 2012, inkl. ELGA-Verordnungsnovellen,
- Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG (2017) mit der Anforderung der Einbindung von vorhandenen telemedizinischen, telefon- und internetbasierten Diensten in das Erreichbarkeitskonzept,
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 73/2005) inkl. Zielsteuerungsvertrag.

7. RESÜMEE UND AUSBLICK

Das vorliegende Konzept stellt einen übergeordneten Rahmen über das DM(P) CHI und seine Komponenten dar. Neben organisatorischen Empfehlungen für die Gestaltung der

Aufbau- und Ablauforganisation bietet es auch einen Überblick über zentrale Aspekte hinsichtlich der standardisierten Dokumentation und Organisation der Weitergabe der dokumentierten Daten im DM(P) CHI. Es wurden Akteurinnen bzw. Akteure, die einen zentralen Stellenwert in der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI haben, identifiziert und entsprechende Aufgaben bzw. Verantwortungsbereiche, die für den Betrieb des DM(P) relevant sind, zugeordnet. Das Zusammenwirken der Akteurinnen bzw. Akteure wurde in Form von Ablaufdarstellungen der zentralen versorgungsrelevanten und administrativen Prozesse skizziert. Ferner gibt das vorliegende Konzept – unter Zugrundelegung der bereits erstellten Teilkonzepte, insbesondere der Teile ‚Evaluation‘ und ‚Qualitätsmanagement‘ – Antwort auf die Frage, welche Daten von welchen Dokumentationsstellen zu welchem Zeitpunkt in welcher Form zu dokumentieren sind. Des Weiteren werden mögliche Wege der Datenerfassung und -übermittlung skizziert. Diese sind in einem nächsten Schritt in Form eines technischen Umsetzungskonzepts zu spezifizieren. Nicht zuletzt aufgrund der Covid-19 Pandemie ist das Thema digitale Transformation im Gesundheitswesen angekommen und wirkt als Beschleuniger der Digitalisierung. Zahlreiche digitale Lösungen haben sich in einzelnen Bereichen entwickelt und finden breite Verwendung. Dieser wahrnehmbare und unaufhaltsame Digitalisierungsfortschritt ist mit einem Ablösen von papiergebundenen Dokumentationsverfahren durch elektronische verbunden, weshalb das Thema ‚Papierdokumentation‘ im vorliegenden Konzept ausgespart wurde.

7.1. Empfehlungen

Die Organisation des DM(P) CHI soll in Form eines niederschweligen Primärversorgungsmodells mit kontinuierlicher und wohnortnaher Versorgung erfolgen. Allgemein wird empfohlen, dass die Versorgung auf einem inter- und multidisziplinär gestalteten Management der Patientinnen bzw. Patienten basieren soll. Im Mittelpunkt des professionellen Versorgungsteams stehen teilnehmende Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner sowie Primärversorgungseinheiten, die für die Führung der Patientinnen bzw. Patienten und die Koordination der Versorgung als primäre Anlaufstelle fungieren und somit für das interdisziplinäre Management der Behandlung und Betreuung sowie für die Einbindung notwendiger weiterer Disziplinen zuständig sind. Gemeinsam mit dem eigenen Team oder weiteren beizuziehenden GDL soll so eine interprofessionelle Betreuung in Medizin (Krankenhäuser, internistische Fachärztinnen bzw. Fachärzte etc.), Pflege, Therapie (Diätologie, Physiotherapie/Bewegungstherapie, psychologische Begleitung etc.) und Sozialarbeit miteinander abgestimmt und eng vernetzt zusammenarbeitend umgesetzt werden. Die Aufgaben, die im Zusammenhang mit dem DM(P) entstehen, können dabei entsprechend des von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Kompetenzprofils in der Primärversorgung und in Abstimmung mit der Allgemeinmedizin/PVE auch an andere Berufsgruppen delegiert werden. Demnach ist beispielsweise eine gemeinschaftliche Übernahme der Patientinnen- bzw. Patientenführung mit einer DGKP unter Verantwortung der Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner sowie der Primärversorgungseinheiten möglich. Die Organisationsform der Zusammenarbeit richtet sich nach den regionalen Gegebenheiten und kann demnach entweder unmittelbar vor Ort oder dezentral erfolgen.

In einem ersten Umsetzungsschritt wird die Einschreibung der folgenden Akteurinnen bzw. Akteure in das DM(P) insbesondere aufgrund der für diese GDL vorgesehenen Dokumentationspflichten (DM(P) Basisdokumentation) empfohlen:

- Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner im niedergelassenen Bereich inkl. PVE,
- Niedergelassene Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie,
- Spezialambulanz und HI-Spezialistin bzw. -Spezialist,
- Krankenanstalten,
- Rehabilitationseinrichtungen.

Die Einschreibung der Patientinnen bzw. Patienten soll im Rahmen des DM(P) möglichst niederschwellig sein und ist somit ausschließlich in der allgemeinmedizinischen Praxis bzw. der PVE möglich. Die Identifikation der potentiellen DM(P)-Teilnehmerinnen bzw. -Teilnehmer kann darüber hinaus jedoch auch durch andere Akteurinnen bzw. Akteure erfolgen. Demnach soll es möglich sein, dass niedergelassene Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie, Spezialambulanzen und HI-Spezialistinnen bzw. -Spezialisten, Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen eine sogenannte ‚Vor-Einschreibung‘ durchführen. Dabei wird nach Einteilung der Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz nach Behandlungsziel (vgl. Betreuungspfad) eine regionale Stelle der Programmkoordination über identifizierte Patientinnen bzw. Patienten informiert. Diese veranlasst dann die weiteren Schritte zum Einschluss der Patientinnen bzw. Patienten.

So individuell die Erfordernisse der Patientinnen bzw. Patienten mit CHI – besonders auch vor dem Hintergrund der häufigen Komorbiditäten – sind, so flexibel soll auch die Ausgestaltung hinsichtlich der zur Anwendung kommenden Versorgungsvarianten wie z.B. Telemonitoring oder ‚Home-Based-Care-Nursing‘ sein. Abgesehen von den bestehenden (medizinischen) Vorgaben der Behandlungs- und Betreuungspfade können also die darüber hinaus stattfindenden Kontrollen und Konsultationen der GDL individuell nach Wunsch und Möglichkeiten und im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben beispielsweise in Form von regelmäßigen Visiten (ggf. Hausbesuche), telefonischen oder videobasierten Kontakten und/oder durch Telemonitoring umgesetzt werden.

Um ein abgestimmtes Vorgehen im Zuge der DM(P)-Umsetzung sicherzustellen, ist die Einrichtung von koordinierenden Stellen nötig. In diesem Zusammenhang wird die Etablierung einer zentralen Koordinationsstelle, die neben der Vorbereitung und der Unterstützung der Implementierung des DM(P) auch für die Sicherstellung des laufenden Betriebs verantwortlich ist, empfohlen. Diese übergeordnete Instanz soll auf der regionalen Ebene durch weitere Stellen der Programmkoordination unterstützt werden. Diese fungiert als Bindeglied zwischen der zentralen Programmkoordination, den jeweiligen Landesstellen der ÖGK, den Verrechnungs- und Vertragspartnerabteilungen, diversen Programmpartner sowie den in der Region teilnehmenden Patientinnen bzw. Patienten und GDL.

Hinsichtlich der Sicherstellung einer hohen Qualität des DM(P) wird die Etablierung eines Expertinnen- bzw. Expertengremiums empfohlen. Dieses soll der unabhängigen wissenschaftlichen Qualitätssicherung dienen. Um die Zusammenarbeit in einem möglichst stabilen Team, dessen Mitglieder einander gut kennen, sicherzustellen, sollen darüber hinaus auch Qualitätszirkel, Fallbesprechungen und Netzwerktreffen umgesetzt werden.

In Hinblick auf das Datenmanagement ist jedenfalls eine standardisierte Vorgehensweise im Umgang mit Daten und Informationen erforderlich, um Informationsverlusten und

dadurch entstehenden negativen Auswirkungen auf die Kontinuität und Qualität der Versorgung vorzubeugen. Daher ist sicherzustellen, dass sich Informationen zwischen den zentralen Akteurinnen bzw. Akteuren im Disease-Management transferieren lassen.

Basierend auf den im vorliegenden Konzept beschriebenen Eckpunkten zum Datenmanagement und den definierten Anforderungen für dessen Realisierung lassen sich folgende zentrale Empfehlungen für die technische Planungs- und Umsetzungsphase formulieren:

1. Umsetzung in elektronischer Form; nur in dieser Form kann dem umfassenden Informationsbedarf der einzelnen Akteurinnen bzw. Akteure entsprochen werden.

2. Klar definierte Zuständigkeitsbereiche für die Datenerfassung und -dokumentation; notwendige exakte Festlegung von Rollen, Rechten und Pflichten, insbesondere aufgrund der Vielzahl an Akteurinnen bzw. Akteuren. Ziel: Schaffung einer gemeinsamen Datenbasis inkl. Dokumentation der Datenverarbeitungsschritte und regelmäßige Überprüfung der Datenqualität.

3. Sichere ebenenübergreifende Daten- und Kommunikationsplattform; Notwendigkeit einer für alle Akteurinnen bzw. Akteure in der Versorgung zugänglichen sicheren Datenquelle.

4. Aufbau eines DM(P)-Data-Warehouse; zur Speicherung und Verarbeitung von Administrationsdaten, Dokumentation des operativen Betriebs des DM(P), Qualitätssicherung etc. gemäß Empfehlung des Teilkonzepts ‚Qualitätsmanagement‘ unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen an eine kontinuierliche Qualitätssicherung und Programmevaluierung (vgl. Teil V Qualitäts- und Risikomanagement).

5. Möglichst offenes Datenmanagementsystem; Realisierung eines leichten Exports/Imports von Daten, Datenübernahme/Lesbarkeit in unterschiedlichsten Formaten und Transparenz hinsichtlich der Datenverwendung.

6. Umfassende Teilnahme- und Einverständniserklärung; mit detaillierter Aufklärung über den Verwendungszweck und Speicherung der Daten innerhalb des DM(P) CHI (Datenspeicherung und -übermittlung entsprechend gesetzlicher Anforderungen/aktuellem Stand sicherheitstechnischer Entwicklungen).

7. Usability; einfache, intuitive Oberfläche. Benutzerfreundliche Zugriffsmöglichkeit für GDL und Patientinnen bzw. Patienten unter Beachtung gegebener Strukturen/Ressourcen (Eingabeunterstützung, Vermeidung von redundanter Dokumentation, automatisierte Übernahme von Befunddaten aus der Ärztinnen- bzw. Arztsoftware etc.). Integration in bestehende Systeme.

8. Effiziente, schlanke Umsetzung unter Nutzung bereits aufgebauter Infrastruktur; beispielsweise Anpassen zentraler administrativer Abläufe an jene im DMP ‚Therapie Aktiv‘ (Implementierung eines Beitrittssystems für GDL und eines Einschreibesystems für die Patientinnen bzw. Patienten analog zu ‚Therapie Aktiv‘, dem einzigen DMP in Österreich unter

Nutzung der verwendeten ‚Therapie-Aktiv‘-Administrationssoftware sowie den e-card-Services TAV und DBAS⁴⁰).

9. Vermeidung redundanter Arbeiten; generisches Vorgehen zur Sicherstellung der Umlegbarkeit der Umsetzungsvariante auf andere Krankheitsbilder wie Diabetes (siehe Bestrebungen zur Weiterentwicklung des DMP ‚Therapie Aktiv‘) und künftige weitere strukturierte Versorgungsprogramme in Österreich.

10. Umsetzung des Datenmanagements unter Berücksichtigung zunehmender Digitalisierungsinitiativen im Gesundheitswesen; ein Beispiel hierfür sind die Bestrebungen zum ‚Digitalen Gesundheitspfad‘⁴¹ als digitale Drehscheibe für zertifizierte und qualitätsgesicherte eHealth-Angebote.

7.2. Diskussion und Limitationen

Die Empfehlungen des vorliegenden Konzepts sind als grundlegende Rahmenvorgaben zu verstehen, die in Grundzügen eine mögliche Funktionsweise des DM(P) CHI skizzieren sollen. Es ist wesentlich, dass die dargestellten Inhalte die Möglichkeiten potentieller Umsetzungsregionen nicht einschränken. Es soll sichergestellt werden, dass das DM(P) auch Anpassungen unter Berücksichtigung bestehender regionaler Gegebenheiten zulässt. Dies ist insbesondere deshalb nötig, da einerseits in jedem Bundesland teils unterschiedliche Versorgungslandschaften gegeben (z.B. Ausgestaltung der PVE, bestehende Netzwerke und Programme) sein können und andererseits auch bereits durch in Umsetzung befindliche Projekte schon bestimmte Elemente einer CHI-Versorgung (z.B. Telemonitoring) etabliert sind. Die Empfehlungen des Konzepts sollen deshalb nicht als starre Vorgaben verstanden werden, sondern sollen und müssen im Bedarfsfall auch Raum für variable patientenzentrierte Versorgungsstrategien bieten und flexible Anpassungen offen lassen. Die Inhalte des Konzepts müssen demnach im Zuge einer Implementierung mit der jeweiligen Umsetzungsregion nachgeschärft, näher spezifiziert und hinsichtlich des lokal gegebenen Bedarfs adaptiert werden. Gemeinsam mit der regionalen Programmkoordination sind von der zentralen Programmkoordination länderspezifisch unterschiedlich vorhandene Strukturen (z.B. Ausgestaltung der PVE, bestehende Netzwerke und Programme sowie Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen bzw. Akteuren) zu beachten, die bei einer Umsetzung individuell berücksichtigt werden müssen.

Im vorliegenden Teilkonzept wird ein umfangreicher Überblick über Anforderungen an ein mögliches zukünftiges elektronisches Datenmanagementsystem geschaffen. Diese beziehen sich zum einen auf die organisatorische Verwaltung des Programms, auf den Aufbau einer pseudonymisierten Datenbasis und deren Auswertung zur Qualitätssicherung des Programms und stellen umfangreiche Erweiterungen bestehender Funktionalitäten bzw. technischer Architekturen innerhalb der SV dar. Zum anderen existieren Anforderungen in Bezug auf Funktionalitäten, die eine personalisierte Verarbeitung von Daten (medizinischer

⁴⁰ Zu beachten sind mögliche Hürden etwa bei der Nutzung des DBAS für das DM(P) CHI unter Berücksichtigung der in Abschnitt 6.2 angeführten Anforderungen (keine Abfragemöglichkeit, besondere nicht rückführbare Pseudonymisierung etc.).

⁴¹ Der Digitale Gesundheitspfad als Ergänzung zur ELGA verbindet Bürgerinnen bzw. Bürger mit unterschiedlichen Stakeholdern im Gesundheits- und Sozialwesen. Als Basis dafür dient eine digitale Gesundheitsplattform als zentrale Schnittstelle dezentral gespeicherter Daten mit Zugriffsmöglichkeit über eine eindeutige Authentifizierung (IT-Services der Sozialversicherung GmbH, 2021).

Benutzerinnen bzw. Benutzer) benötigen. In weiteren Projektschritten sind diese Funktionalitäten unter Erfüllung folgender Kriterien separat zu betrachten:

- Getrennte Speicherung (das bedeutet nicht, dass gewisse Daten nicht beiden Funktionsgruppen zur Verfügung stehen, sie würden lediglich doppelt geführt – einmal mit Personenbezug und einmal pseudonymisiert),
- Unterschiedliche Benutzerinnen- bzw. Benutzerkreise für die Funktionalitäten (z.B. Live-Zugriff auf personalisierte Daten für medizinische Akteurinnen bzw. Akteure; Zugriff auf das Data-Warehouse beschränkt auf SV intern mit externen Expertinnen bzw. Experten zur Qualitätssicherung,
- Zusammenführung mit SV-Daten (z.B. FOKO, HEMA) nur pseudonymisiert zur Qualitätssicherung.

Die Implementierung eines elektronischen Datenmanagementsystems für das DM(P) CHI ist als dynamischer Prozess zu sehen, in dem kontinuierliche Anpassungen und Entwicklungen notwendig sein werden. Diese reichen von der Prüfung der Relevanz der Erhebung bestimmter Daten über die technische Umsetzung bis hin zur Sicherstellung von Praxis-tauglichkeit und Berücksichtigung rechtlicher Rahmenbedingungen. Die große Herausforderung liegt darin, dass bisher kein österreichweit umgesetztes sektorenübergreifendes elektronisches Datenmanagement im Rahmen eines DMP existiert, weshalb es sich dabei um ein Novum handelt. Wesentlich ist es, das Datenmanagement im DM(P) CHI nicht losgelöst von anderen strukturierten Versorgungsprogrammen in Österreich (wie das DMP ‚Therapie aktiv‘) zu betrachten, sondern diese insbesondere hinsichtlich administrativer Aspekte aufeinander abzustimmen bzw. gemeinsam weiterzuentwickeln und im Sinne einer effizienten und für die Praxis einfachen und benutzerinnen- bzw. benutzerfreundlichen Lösung umzusetzen. Um die Übertragbarkeit auf andere medizinische Fragenstellungen zu gewährleisten, stellen insbesondere IT-Standards (z.B. HL7) ein unverzichtbares Kriterium dar.

Als limitierender Faktor hinsichtlich der im Zuge der Konzepterstellung gewählten Methode der Expertinnen- bzw. Expertenbefragung sind die teilweise wenigen Vertreterinnen bzw. Vertreter pro Berufsgruppe bzw. Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen. Diesbezüglich ist jedoch auch zu beachten, dass im Rahmen der Befragung die Option eingeräumt wurde, über die eigene Berufsgruppe hinweg auch für weitere Tätigkeitsbereiche Aussagen zu treffen, sofern Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit diesen bestehen. Dadurch wurde – ungeachtet der kleinen Gruppe pro GDL – dennoch eine breitere Bewertung der einzelnen Rollenbilder ermöglicht.

Das vorliegende Konzept sieht aktuell keine Ausschlusskriterien für Patientinnen bzw. Patienten vor. Dennoch existieren spezielle Gruppen von diesen, die bei weiteren Planungen hinsichtlich der Teilnahmeoptionen näher zu bedenken sind. Patientinnen bzw. Patienten mit schweren kognitiven Einschränkungen (z.B. dementielle Erkrankungen) sollen nicht primär ausgeschlossen werden, vielmehr soll eine stärkere Einbindung des informellen Netzwerks (An- bzw. Zugehörige, 24-Stunden-Betreuung etc.) erfolgen, wodurch das (Selbst-) Management der Patientinnen bzw. Patienten unterstützt/übernommen werden soll. So sind darüber hinaus in weiteren Planungsschritten auch Adaptierungen der Programmvorgaben für Pflegeheime, wie z.B. die Erweiterung der Pfade, notwendig. Je nach Organisation und Ausstattung des Pflegeheims wären ggf. auch direkte Schulungsoptionen für Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter oder eine optionale Möglichkeit, extern geschultes Pflegepersonal für die CHI-spezifische Betreuung beiziehen zu können, denkbar.

Neben der koordinierenden Funktion der Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner und PVE können diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger eine ebenso bedeutende Rolle im Rahmen der Führung der Patientinnen bzw. Patienten einnehmen. Diese stellen eine wesentliche Säule bei der Unterstützung in der Versorgung von Betroffenen dar und können – vor dem Hintergrund der derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen und entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen – u.a. Aufgaben in den Bereichen Patientinnen- bzw. Patientenschulung bzw. Beratung, Monitoring (auch Überprüfung dessen, ob der Therapieplan eingehalten wird) sowie Empowerment (z.B. Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung der Lebensqualität, Förderung der Gesundheitskompetenz, Unterstützung beim Aufbau von Selbstmanagementfähigkeiten, Unterstützung der Medikamenten-Adhärenz) im DM(P) übernehmen. In diesem Zusammenhang sind auch zukünftige nationale Entwicklungen im Zusammenhang mit der Etablierung von ‚Community Nurses‘, die auch erweiterte Handlungsfelder in der Versorgung von chronisch kranken Personen übernehmen können, zu beachten.

Daneben ermöglicht ein Blick auf in Deutschland in Umsetzung befindliche hausärztinnen- bzw. hausarztentlastende Modelle und Kooperationsmodelle mit anderen Berufsgruppen Ideen für die Gestaltung von bestimmten Bereichen der Versorgung (z.B. „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis VERAH“, arztentlastende gemeindenaher eHealth gestützte systemische Intervention (AGnEs)). In diesen Modellen werden die Hausärztinnen bzw. Hausärzte durch medizinische Assistenz im Rahmen von Hausbesuchen, durch beratende und koordinierende Tätigkeiten oder durch Abhalten von Chroniker-Sprechstunden unterstützt. Sind weitreichendere Maßnahmen erforderlich, erfolgt die nächste Konsultation wieder direkt beim/durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2010, S. 430-433). Eine Einbeziehung internationaler Expertise ist darüber hinaus auch hilfreich, um Erfahrungswerte hinsichtlich der Verknüpfung mehrerer strukturierter Versorgungsprogramme gewinnen zu können.

Generell können die Anforderungen der Versorgung von Personen mit CHI auch genutzt werden, um innovativere Lösungswege im DM(P) anzudenken. Im Falle eines Mangels an nötigen personellen Ressourcen in der primären Anlaufstelle könnten diese – zumindest temporär – über ein seitens der Programmkoordination für die Umsetzungsregion bereitgestelltes Kontingent dazugebucht werden. So wäre es unter Umständen denkbar, dass beispielsweise eine Assistenz zur Unterstützung bei Administrationstätigkeiten, eine Art ‚Nurse Support‘ oder eine Diätologin bzw. ein Diätologe über die Programmkoordination beigezogen wird.

7.3. Schlussfolgerung und Ausblick

Aus der Literatur kann entnommen werden, dass die Hospitalisierungsraten von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI durch eine entsprechende multidisziplinäre Versorgung sinken (McAlister, Stewart, Ferrua & McMurray, 2004). Dementsprechend empfehlen auch die aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC-Guidelines 2016), dass diese Patientinnen- bzw. Patientengruppe in ein multidisziplinäres Versorgungsprogramm eingeschlossen werden sollte, um ihr Risiko für herzinsuffizienzbedingte Spitalsaufenthalte und ihre Mortalität zu senken (Empfehlungsgrad I, Evidenzgrad A) (Ponikowski et al., 2016b). Darüber hinaus ist das Angebot von integrierten Versorgungsprogrammen als Basisaufgabe der Primärversorgung auch im ÖSG verankert (GÖG, 2018). Trotz dieser Gegebenheiten zeigen die Erfahrungen auf nationaler Ebene, dass die Umsetzung von DMP dennoch sehr

herausfordernd sein kann und das gemeinsame ‚An-einem-Strang-Ziehen‘ potentieller Umsetzungspartner häufig erschwert ist. Ein gemeinsames Bekenntnis aller Stakeholder zur Umsetzung eines DM(P) im Allgemeinen und zur Umsetzung damit verbundener Erfordernisse (z.B. Dokumentation) im Speziellen ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung eines strukturierten Versorgungsprogramms.

Neben der Schaffung der rechtlichen bzw. vertraglichen Rahmenbedingungen ist auch die Finanzierung und Vergütung der Leistungen ein wesentliches Thema, das vor einer konkreten Umsetzung allenfalls zu klären ist. Darunter ist neben der Schaffung der budgetären Voraussetzungen für die Implementierung der benötigten organisatorischen und technischen Infrastruktur auch die Klärung der Vergütung der Leistungen, die im Rahmen des DM(P) erbracht werden, umfasst. So benötigt die geplante flexible Gestaltbarkeit der Versorgung im DM(P) CHI (z.B. optionale Hausbesuche, Delegation von Aufgaben an DGKP, Telemonitoring) ein Honorierungsmodell, das diese Flexibilität ermöglicht. Auch die finanzielle Abgeltung der Patientinnen- bzw. Patientenführung und -organisation sowie die multidisziplinäre Koordinierung seitens der primären Anlaufstelle benötigt eine entsprechende Honorierungslösung. Darüber hinaus sind im Zusammenhang mit der Finanzierung auch therapeutische Leistungen zu berücksichtigen. Hier sollte es ermöglicht werden, dass Patientinnen bzw. Patienten diese niederschwellig und ohne Zusatzkosten in Anspruch nehmen können.

Die Inhalte des Konzepts beruhen auf den derzeit geltenden Leitlinien der ESC. Die derzeit stattfindende Aktualisierung der Guidelines dieser hat auch Auswirkungen auf die Diagnose- und Behandlungspfade und in weiterer Folge auch auf die versorgungsrelevanten und administrativen Prozesse des DM(P). Diese müssen nach Publikation der aktualisierten ESC-Leitlinien angepasst werden.

Abgesehen von diesen Aktualisierungen und den genannten erforderlichen regionalen inhaltlichen Nachschärfungen im Zuge einer Implementierung müssen auch diverse Ausarbeitungen (z.B. Aufgabenbeschreibungen, Prozessdarstellungen), sofern sie teilnehmenden Akteurinnen bzw. Akteuren als Input (in Form einer initialen Schulung zum DM(P) CHI) zur Verfügung gestellt werden, redaktionell nachbearbeitet werden. Inhalte müssen niederschwellig aufbereitet sein und didaktisch sowie grafisch optimiert werden, damit ein klares Bild der Zuständigkeiten und Rollen- bzw. Aufgabenverteilung vermittelt werden kann. Ferner bedarf es im weiteren Projektverlauf noch zusätzlicher Klärungen mit den Systempartnern. So ist beispielsweise vor einer Umsetzung auf der Programmebene festzulegen, welche Mindeststandards vor einer Implementierung des DM(P) (z.B. verpflichtende Integration der abgestimmten Diagnose- und Behandlungspfade in die Versorgung und obligatorische DM(P)-Basisdokumentation für Programmevaluation) gegeben sein müssen. Auf der Versorgungsebene ist darüber hinaus mit den zuständigen Stakeholdern (z.B. Ärztekammer und andere diverse Berufsverbände) zu definieren, welche konkreten allgemeinen bzw. strukturellen Voraussetzungen für die am DM(P) teilnehmenden GDL (z.B. initiale Absolvierung einer Fortbildung) gestellt werden und welche Nachweisbedingungen dabei zur Anwendung kommen sollen.

8. VERZEICHNISSE

8.1. Literaturverzeichnis

- AIT Austrian Institute of Technology GmbH. (2019). *Keep In Touch (KIT) - Telehealth Solutions. Home*, AIT Austrian Institute of Technology GmbH. Zugriff am 22.07.2021. Verfügbar unter: <https://kit.ait.ac.at/home/>
- Andalusian Agency for Healthcare Quality. (o.J.). *European Innovation and Knowledge mHealth Hub*, European mHealth Hub. Zugriff am 17.02.2021. Verfügbar unter: <https://mhealth-hub.org/mhealth-hub>
- BÄK, KBV & AWMF. (2019). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung* (3. Auflage, Version 1) (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hrsg.). Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2019-10_01.pdf
<https://doi.org/10.6101/AZQ/000465>
- Beck, P. (2010). *Disease Management Interventionen und ihre Unterstützung durch Informationstechnologie. Aufarbeitung der Evidenzbasis und Umsetzung in Österreich*. Nordestedt: Books on Demand.
- Beck, T. (1996). *Die Projektorganisation und ihre Gestaltung* (Betriebswirtschaftliche Forschungsergebnisse, Bd. 105). Zugl.: Tübingen, Univ., Diss., 1995. Berlin: Duncker & Humblot.
- Bendel, O. (2019). *Stichwort: Wearables*, Gabler Wirtschaftslexikon. Zugriff am 08.02.2021. Verfügbar unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/wearables-54088/version-368816>
- Blohm, H. (1977). *Organisation, Information und Überwachung* (3., völlig neu bearbeitete Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-83894-0>
- BMASGK. (2018). *Rahmenrichtlinie für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von Telemonitoring. Messdatenerfassung* (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hrsg.). Wien. Zugriff am 29.04.2019. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/6/6/CH3980/CMS1508319880679/telemonitoring_rahmenrichtlinie_20180201.pdf
- BMASGK. (2019). *Rahmenrichtlinie für die IT-Infrastruktur bei der Anwendung von Telemonitoring: Messdatenerfassung*. Zugriff am 22.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin/Rahmenrichtlinie-f%C3%BCr-die-IT-Infrastruktur-bei-der-Anwendung-von-Telemonitoring--Messdatenerfassung-.html>
- BMASGK & BRZ (Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz & Bundesrechenzentrum, Hrsg.). (2019). *eHVD Webservice Handbuch. Servicehandbuch für das eHealth Verzeichnisdienst (eHVD) Webservice*. Zugriff am 22.07.2021. Verfügbar unter: https://www.gesundheit.gv.at/r/professional/it-services/eHVD_ServicehandbuchV2_1.pdf?qknvf5
- BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.). (2019a). *ELGA erklärt*. Zugriff am 10.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/ELGA/ELGA-erkl%C3%A4rt.html>
- BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.). (2019b). *Telemedizin*. Zugriff am 28.04.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin.html>

- BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.). (2021). *Elektronischer Impfpass (e-Impfpass)*. Zugriff am 27.09.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/elga/was-ist-elga/elektronischer-impfpass>
- Brahmbhatt, D. H. & Cowie, M. R. (2019). Remote Management of Heart Failure: An Overview of Telemonitoring Technologies. *Cardiac Failure Review*, 5(2), 86–92. <https://doi.org/10.15420/cfr.2019.5.3>
- CCIV. (2011). *Besser leben mit Demenz. Auszug: Informations- und Datenmanagement*. Wien.
- CCIV & HVB. (2008 unveröffentlicht). *Disease Management Programm Post Myokardinfarkt. Abschlussbericht* (Competence Center Integrierte Versorgung & Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.).
- Dachverband der Sozialversicherungsträger. (2020). *Telekonsultation V3. EBM_HTA Recherche*. Zugriff am 27.09.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.739121&version=1600689109>
- Dachverband der Sozialversicherungsträger. (2021a). *Benutzerhandbuch für das Dokumentationsblattannahme-Service (DBAS)*. Version Rel 21a. Zugriff am 21.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746441&version=1618823337>
- Dachverband der Sozialversicherungsträger. (2021b). *Benutzerhandbuch für die Therapie Aktiv Verwaltung (TAV)*. Version Rel 21a. Zugriff am 11.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746455&version=1618824662>
- DKG & ESC. (2017). *Herzinsuffizienz. ESC Pocket Guidelines* (Pocket-Leitlinien, 2. Auflage). Grünwald: Börm Bruckmeier. Zugriff am 25.01.2019. Verfügbar unter: https://leitlinien.dgk.org/files/PLL_2017_HI_Auflage2.pdf
- ELGA GmbH. (2018). *Evaluierung ELGA-e-Befund*. Zugriff am 10.02.2021. Verfügbar unter: https://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/Evaluierung/Bericht_ELGA_e-Befund_Evaluierung.pdf
- Europäische Kommission. (o.D.). *Elektronische Gesundheitsdienste (eHealth)*. Zugriff am 10.02.2021. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/health/ehealth/home_de
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020a). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz*. Zugriff am 09.08.2021. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4648/2020-12-17_MVV-RL_Telemonitoring-Herzinsuffizienz_BAnz.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020b). *G-BA führt neues datengestütztes Management für Patientinnen und Patienten mit Herzschwäche in die Versorgung ein. Pressemitteilung*. Zugriff am 09.08.2021. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/922/?>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020c). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)*. Zugriff am 22.03.2021. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2416/DMP-A-RL_2020-11-20_iK-2021-02-25.pdf
- GÖG. (2018). *ÖSG 2017. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017*. gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 29. Juni 2018 beschlossenen Anpassungen (im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur & Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hrsg.). Wien. Zugriff

- am 07.03.2019. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH3967/CMS1136983382893/oessg_2017_-_textband,_stand_29.06.2018.pdf
- Gruska, M., Aigner, G., Altenberger, J., Burkart-Küttner, D., Fiedler, L., Gwechenberger, M. et al. (2020). Recommendations on the utilization of telemedicine in cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 132(23-24), 782–800. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01762-2>
- Hub, H. (1976). *Betriebsorganisation*. Wiesbaden, s.l.: Gabler Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-663-13759-7>
- Institut für Managementberatung. *Organisationsmanagement*, Institut für Managementberatung. Verfügbar unter: <https://ifm-business.de/firmen/seminare/organisationsmanagement/>
- IQWiG. (2015). *Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronische Herzinsuffizienz. Abschlussbericht* (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Hrsg.). Köln. Zugriff am 18.02.2019. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEWjB3MnAyfThAhWEIIAKHU-PUBP8QFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.iqwig.de%2Fdownload%2FV14-01_Abschlussbericht_Leitlinienrecherche-und-bewertung-fuer-ein-DMP-Chronische-Herzinsuffizienz.pdf&usg=AOvVaw3nNttfdavFF38yfxTlmsD9
- IT-Services der Sozialversicherung GmbH. (2021). *Der digitale Gesundheitspfad*. Zugriff am 18.10.2021. Verfügbar unter: <https://www.itsv.at/cdscontent/load?contentid=10008.751212&version=1627396291>
- Kranzer, A. (2007). *Auswirkungen und Erfolgsfaktoren von Disease Management. Versorgungsansätze für chronisch kranke Patienten am Beispiel von Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen* (1. Aufl.). Wiesbaden: DUV Deutscher Universitäts-Verlag. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-8350-5485-1>
- Krüger-Brand, H. E. (2006). Telemonitoring und Electronic Homecare: Therapie im Wohnzimmer. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(9), A522-A526. Zugriff am 29.10.2021. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/50409/Telemonitoring-und-Electronic-Home-care-Therapie-im-Wohnzimmer>
- Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol. (o.D.). *HerzMobil Tirol*, Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol. Zugriff am 22.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.liv.tirol/page.cfm?vpath=disease-management-programme/herzmobil-tirol>
- Leiner, F., Gaus, W., Haux, R., Knaup-Gregori, P., Pfeiffer, K.-P. & Wagner, J. (2012). *Medizinische Dokumentation. Lehrbuch und Leitfaden* (6., überarb. Aufl.). Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung. Stuttgart: Schattauer.
- LIV (Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol HerzMobil, Hrsg.). (o.D.a). *ELGA-Anbindung*. Zugriff am 09.08.2021. Verfügbar unter: <https://www.herzmobil-tirol.at/page.cfm?vpath=qualitaetssicherung/elga-anbindung>
- LIV. (o.D.b). *HerzMobil Tirol. Eine Information zum Versorgungsprogramm HerzMobil Tirol* (Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, Hrsg.). Zugriff am 22.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.liv.tirol/page.cfm?vpath=disease-management-programme/herzmobil-tirol>
- Matusiewicz, D. (2018a). *Stichwort Electronic Health*, Gabler Wirtschaftslexikon. Zugriff am 10.02.2021. Verfügbar unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/electronic-health-54124/version-277178>

- Matusiewicz, D. (2018b). *Stichwort Mobile Health*, Gabler Wirtschaftslexikon. Zugriff am 10.02.2021. Verfügbar unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/mobile-health-54125/version-277179>
- McAlister, F. A., Stewart, S., Ferrua, S. & McMurray, J. J. V. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. A systematic review of randomized trials. *Journal of the American College of Cardiology*, 44(4), 810–819. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.05.055>
- Mörtl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A. et al. (2017). Disease management programs in chronic heart failure. Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23-24), 869–878. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0>
- NICE. (2018). *Chronic heart failure in adults: diagnosis and management* (National Institute for Health and Care Excellence, Hrsg.). Zugriff am 14.02.2019. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng106/resources/chronic-heart-failure-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-66141541311685>
- North, K. (2005). *Wissensorientierte Unternehmensführung. Wertschöpfung durch Wissen* (4., aktualisierte und erw. Aufl.). Wiesbaden: Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-95334-6>
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. et al. (2016a). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure - Web Addenda. Web Addenda. *European Heart Journal*, 37(27), 1–17. Accessed 31.10.2017. Retrieved from https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Guidelines/ehw128_Addenda.pdf
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. et al. (2016b). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- Rahm, E. (2014). *Data Warehouses. Einführung*. Vorlesungsskript, Universität Leipzig. Zugriff am 20.07.2021. Verfügbar unter: <https://dbs.uni-leipzig.de/file/dw-ss14-kap1.pdf>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2010). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009* (1. Auflage). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Schewe, G. (Gabler Wirtschaftslexikon, Hrsg.). (2018). *Organisationsmanagement. Definition: Was ist "Organisationsmanagement"?*, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Zugriff am 12.08.2021. Verfügbar unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/organisationsmanagement-44241/version-267557>
- Stadt Wien. (2020). *Wiener eHealth Strategie 2021/2022*. Zugriff am 17.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/wiener-ehealth-strategie.pdf>
- SVC. (o.D.a). *e-card Anwendungen*, Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. Zugriff am 11.02.2021. Verfügbar unter: <https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.678599&portal=ecardportal>
- SVC. (o.D.b). *GINs: Die neue e-card Infrastruktur*. Zugriff am 20.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.866963&portal=ecardportal>

8.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kategorisierung der Herausforderungen und Anforderungen	499
Abbildung 2: Versorgungsrolle ‚AM/PVE‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	507
Abbildung 3: Versorgungsrolle ‚DGKP‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	507
Abbildung 4: Versorgungsrolle ‚Ordinationsassistentinnen bzw. Ordinationsassistenten‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	508
Abbildung 5: Versorgungsrolle ‚Mobile Pflege- und Betreuungsdienste im niedergelassenen Bereich‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	509
Abbildung 6: Versorgungsrolle ‚Therapeutinnen bzw. Therapeuten und sonstige Gesundheits- und Sozialberufe im niedergelassenen Bereich‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	509
Abbildung 7: Versorgungsrolle ‚Niedergelassene FÄ für Innere Medizin/Kardiologie‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	510
Abbildung 8: Versorgungsrolle ‚Spezialambulanz und HI-Spezialistin bzw. HI-Spezialist‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	511
Abbildung 9: Versorgungsrolle ‚Krankenanstalten/Stationärer Bereich‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	512
Abbildung 10: Versorgungsrolle ‚Rehabilitationseinrichtungen‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	513
Abbildung 11: Versorgungsrolle ‚Zentrale Programmkoordination‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	514
Abbildung 12: Versorgungsrolle ‚Regionale Programmkoordination‘ aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	515
Abbildung 13: Wichtige Aspekte hinsichtlich eines elektronischen Datenmanagementsystems aus Sicht der Expertinnen bzw. Experten	516
Abbildung 14: Dokumentation als Grundlage für Kommunikation, Administration und Auswertung im DM(P)	520
Abbildung 15: Akteurinnen bzw. Akteure im DM(P) CHI	521
Abbildung 16: Zentrale Gruppen von Akteurinnen bzw. Akteuren für das Datenmanagement im DM(P)	540
Abbildung 17: Beschreibung Datenhalter im DM(P) CHI	540
Abbildung 18: Legende Prozessdarstellungen	547
Abbildung 19: Versorgungspfad des DM(P) CHI	548
Abbildung 20: Patientinnen- bzw. Patientenidentifikation und Information über DM(P)	552
Abbildung 21: Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung	552
Abbildung 22: Überprüfung der bestehenden Behandlung bzw. Einleitung/Optimierung der Behandlung gemäß der Betreuungs- und Behandlungspfade	554
Abbildung 23: Kontinuierliche Versorgung gemäß Betreuungspfaden inkl. Überprüfung Gesundheitsstatus/Betreuungsbedarf	556
Abbildung 24: Follow-up bei primärer Anlaufstelle	557
Abbildung 25: Austritt aus DM(P) auf Patientinnen- bzw. Patientenwunsch	558
Abbildung 26: Patientinnen- bzw. Patienteneinschreibung durch regionale Programmkoordination	559

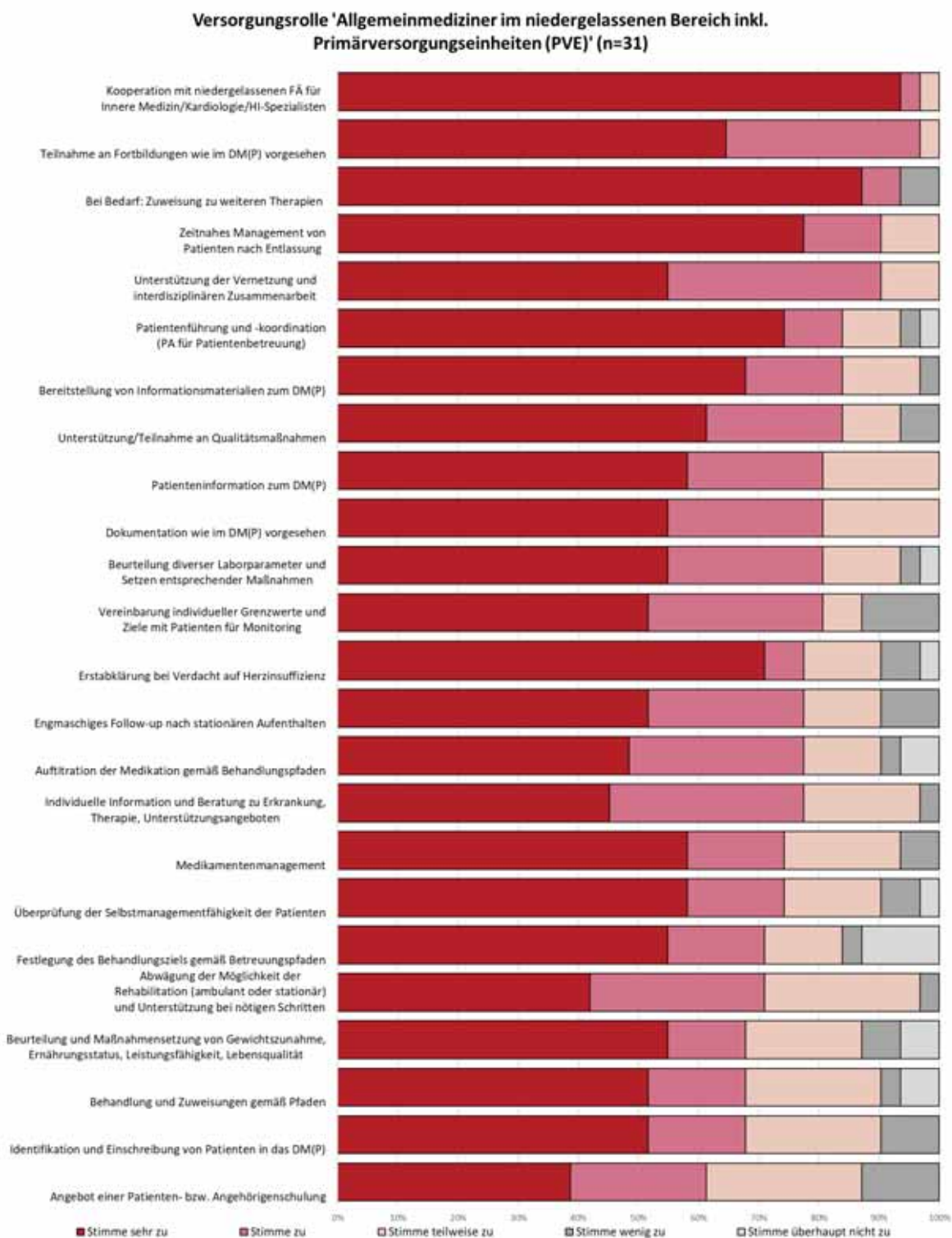
Abbildung 27: Patientinnen- bzw. Patientenaustritt durch regionale Programmkoordination	560
Abbildung 28: Wechsel der primären Anlaufstelle	561
Abbildung 29: Aufnahme von GDL	562
Abbildung 30: Ausstieg von GDL	565
Abbildung 31: Erfassung der Daten von Patientinnen bzw. Patienten über das TAV-System	570
Abbildung 32: Vereinfachter Datenfluss im DM(P) CHI	571
Abbildung 33: Überblicksdarstellung wesentlicher Datenflüsse im DM(P) CHI	572
Abbildung 34: Möglicher Ablauf Telemonitoring im DM(P) CHI	579
Abbildung 35: Schlüsselfaktoren für die Implementierung von Telehealth	580

8.3. Tabellenverzeichnis

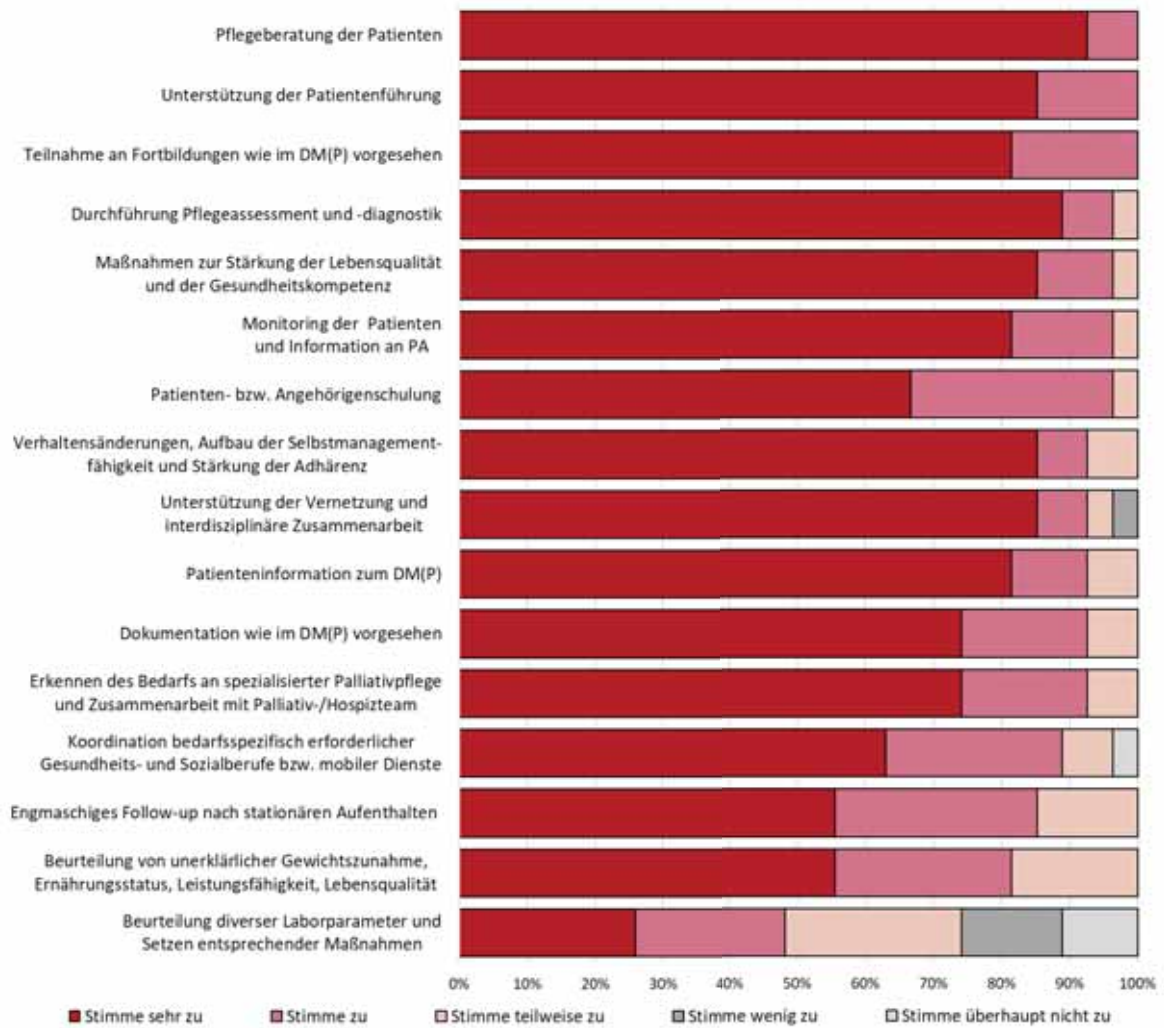
Tabelle 1: Statistische Merkmale der befragten Personen	497
Tabelle 2: Vernetzung/Kooperation/Zusammenarbeit	499
Tabelle 3: Versorgungskoordination	500
Tabelle 4: Versorgungsstrukturen	501
Tabelle 5: Versorgung (allgemein, medizinisch, therapeutisch)	502
Tabelle 6: Selbstmanagement und Patientinnen- bzw. Patienten Aspekte	503
Tabelle 7: Informations-/Datenmanagement	504
Tabelle 8: Honorierung/Vergütung	506
Tabelle 9: Organisatorische Eckpunkte des DM(P) CHI	516
Tabelle 10: Rolle ‚Patientinnen bzw. Patienten‘	522
Tabelle 11: Rolle ‚An- und Zugehörige‘	522
Tabelle 12: Rolle ‚Niedergelassener Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner und Primärversorgungseinheiten‘	523
Tabelle 13: Rolle ‚Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pfleger (niedergelassener Bereich)‘	525
Tabelle 14: Rolle ‚Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten‘	526
Tabelle 15: Rolle ‚Mobile Pflege- und Betreuungsdienste‘	527
Tabelle 16: Rolle ‚Diätologinnen bzw. Diätologen‘	528
Tabelle 17: Rolle ‚Therapeutinnen bzw. Therapeuten‘	529
Tabelle 18: Rolle ‚Niedergelassene Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie‘	530
Tabelle 19: Rolle ‚Spezialambulanz und HI-Spezialistin bzw. HI-Spezialist‘	531
Tabelle 20: Rolle ‚Krankenanstalten‘	532
Tabelle 21: Rolle ‚Rehabilitationseinrichtungen‘	533
Tabelle 22: Rolle ‚Zentrale Programmkoordination‘	534
Tabelle 23: Rolle ‚Regionale Programmkoordination‘	537
Tabelle 24: Rolle ‚Expertengremium‘	538

Tabelle 25: Beispiel Herzinsuffizienz-Dokumentation, Richtlinie gemeinsamer Bundesausschuss	544
Tabelle 26: Benutzerstammsatz für Benutzerverwaltung	583
Tabelle 27: Mögliche Benutzerinnen- bzw. Benutzerrollen und Berechtigungen im DM(P) CHI	583
Tabelle 28: Beispiel für Berechtigungen in der jeweiligen Rolle	584

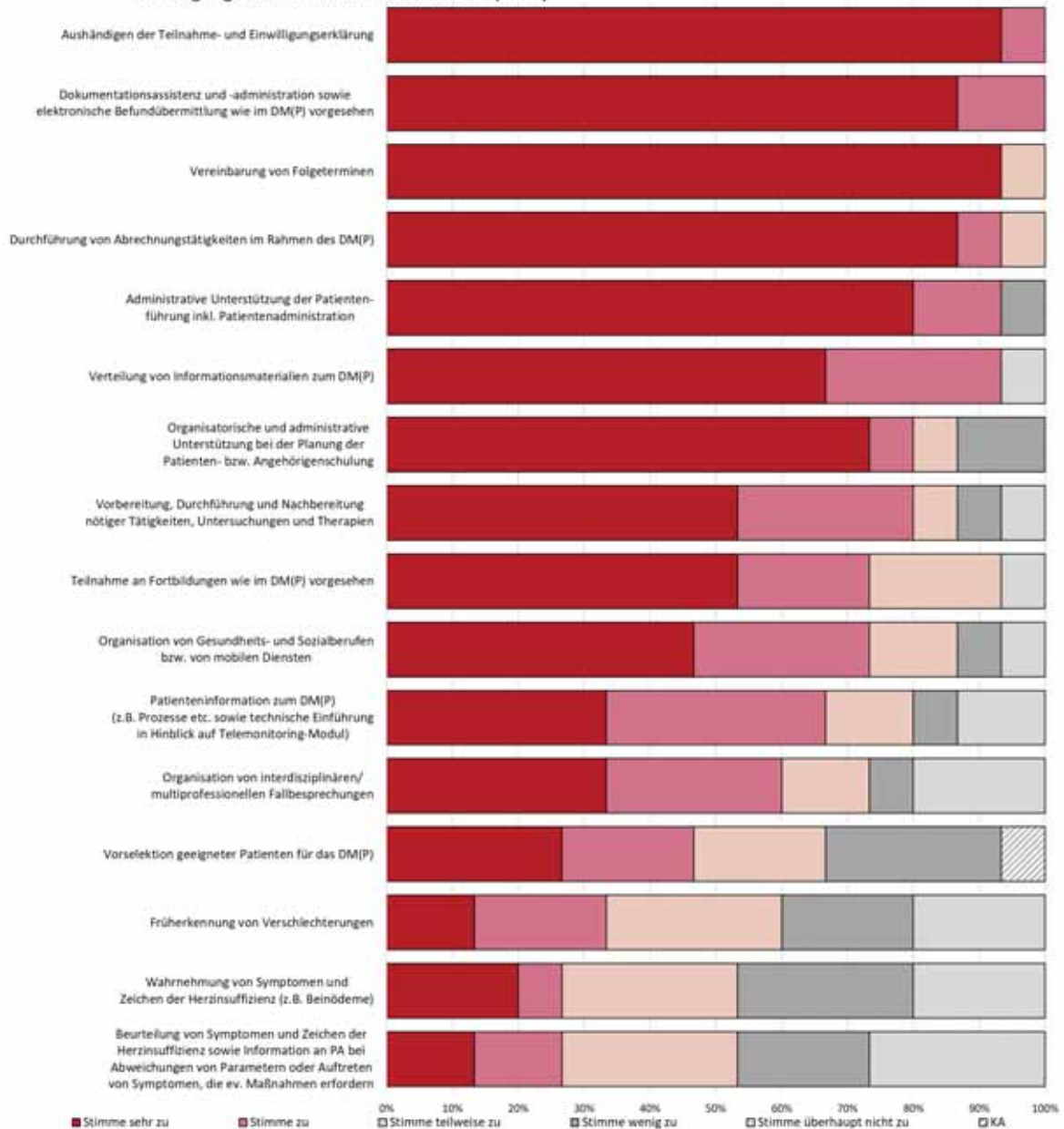
ANHANG A: DETAILERGEBNISSE DER ONLINE-EXPERTINNEN- BZW. EXPERTENBEFRAGUNG



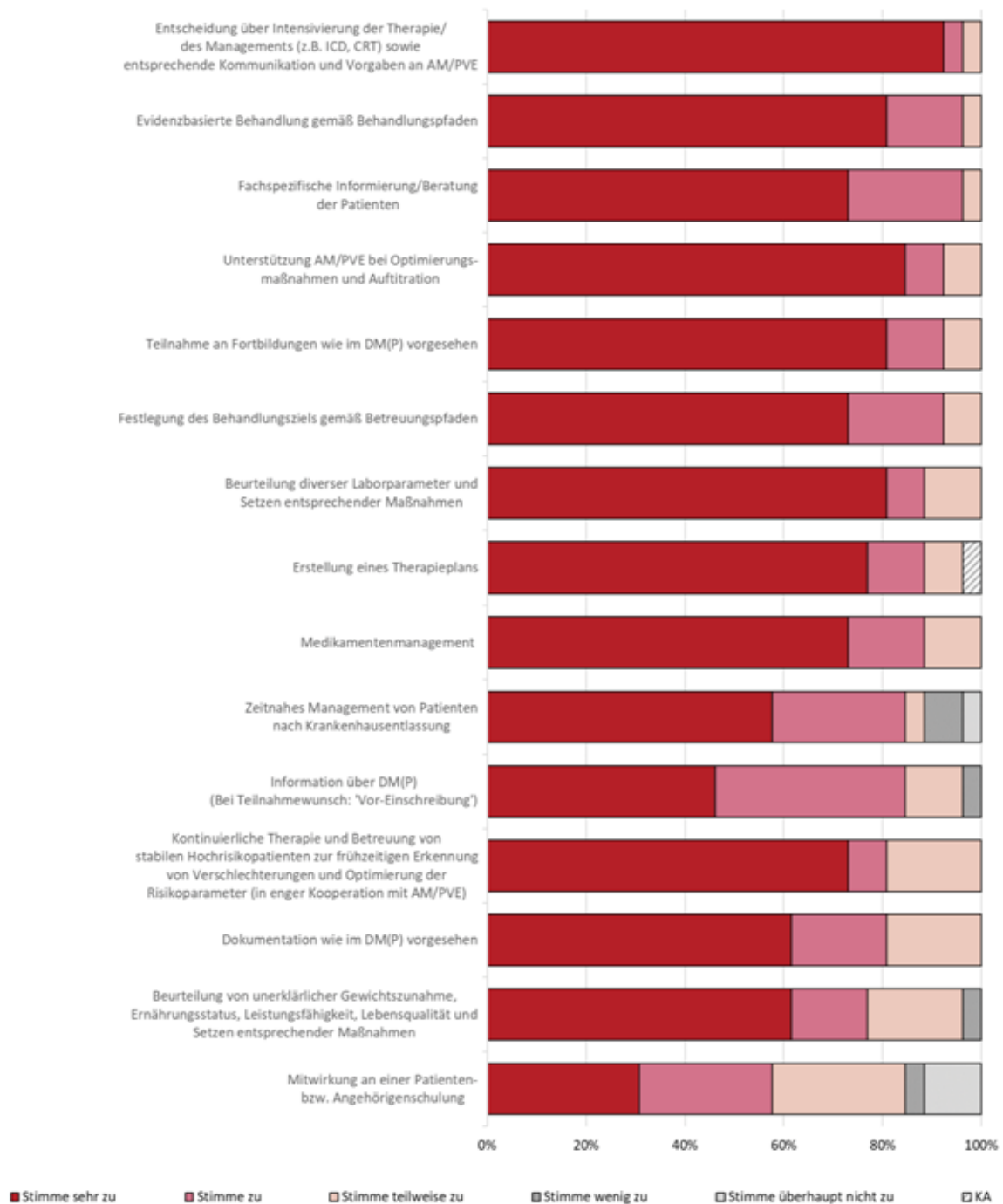
Versorgungsrolle 'Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger (niedergelassener Bereich)' (n=27)



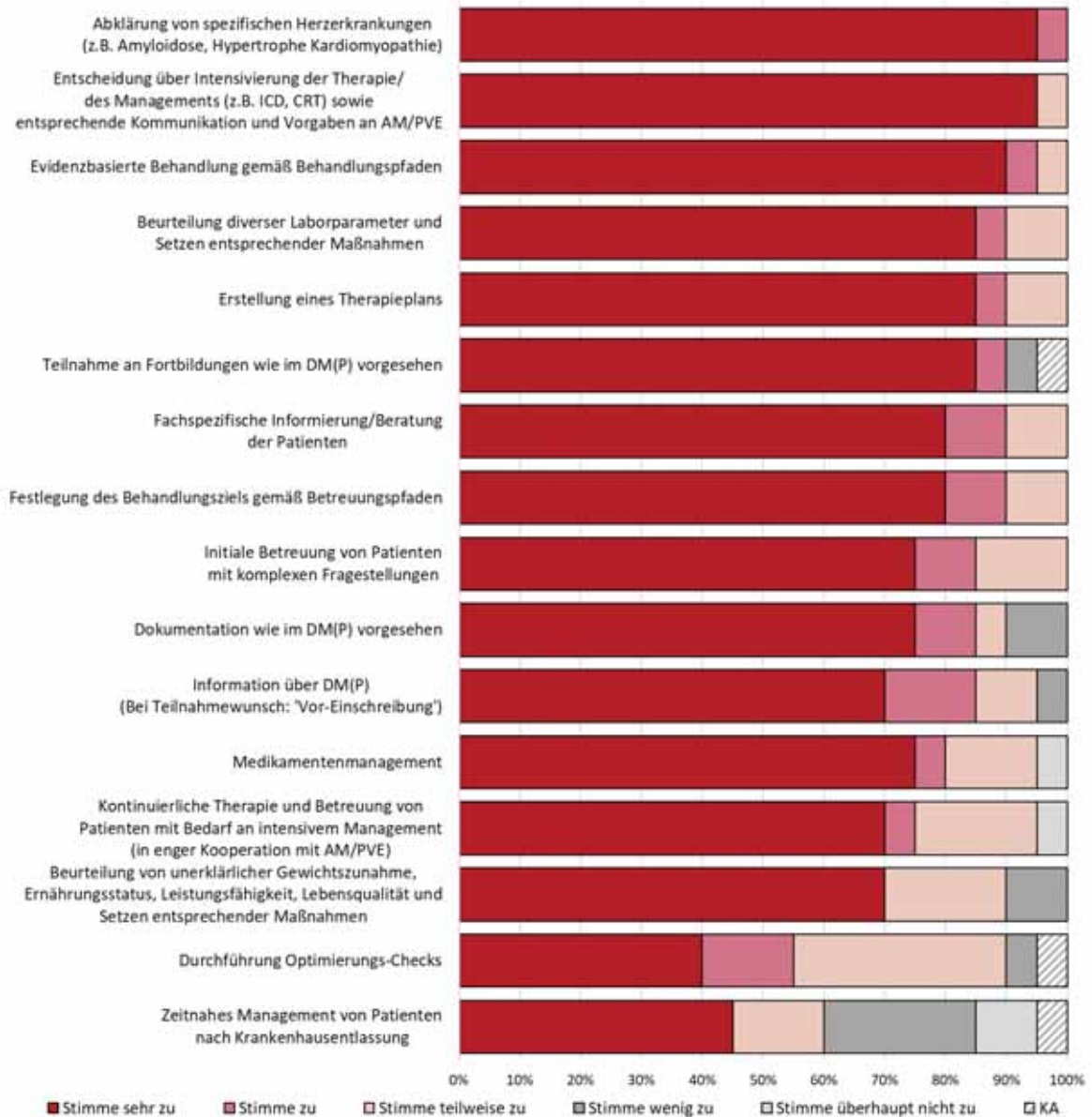
Versorgungsrolle 'Ordnationsassistenten' (n=15)



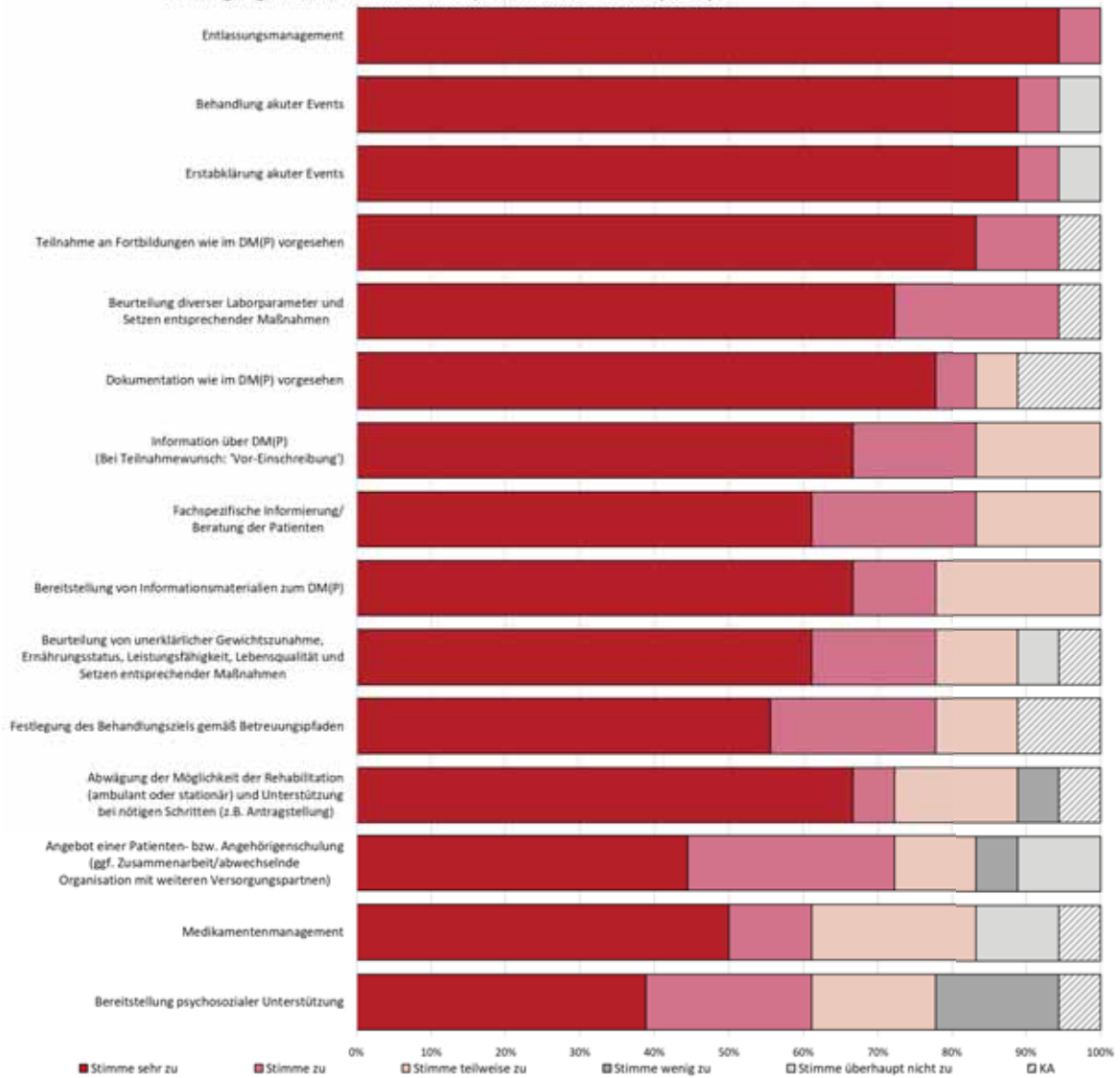
Versorgungsrolle 'Niedergelassene FÄ für Innere Medizin/Kardiologie' (n=26)



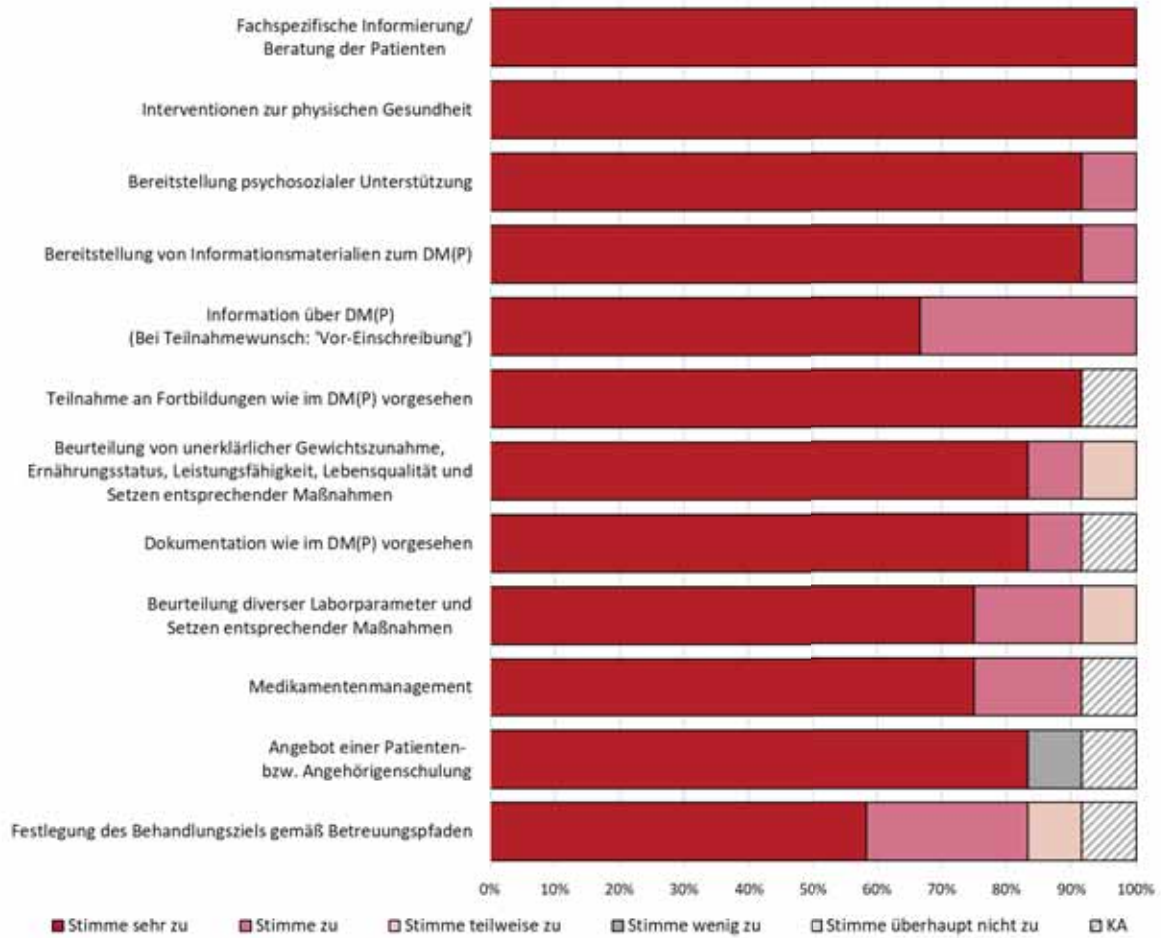
Versorgungsrolle 'Spezialambulanz und HI-Spezialist' (n=20)



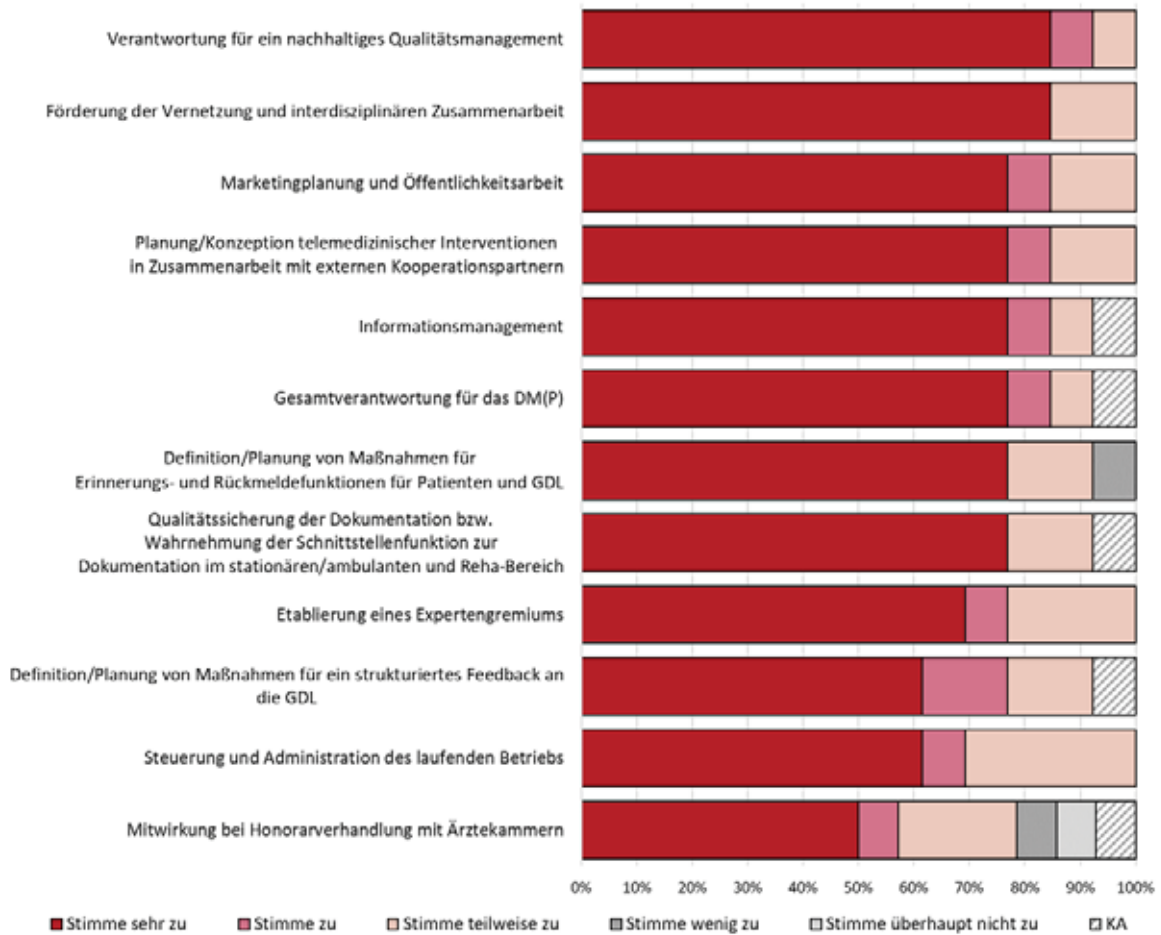
Versorgungsrolle 'Krankenanstalten/Stationärer Bereich' (n=13)



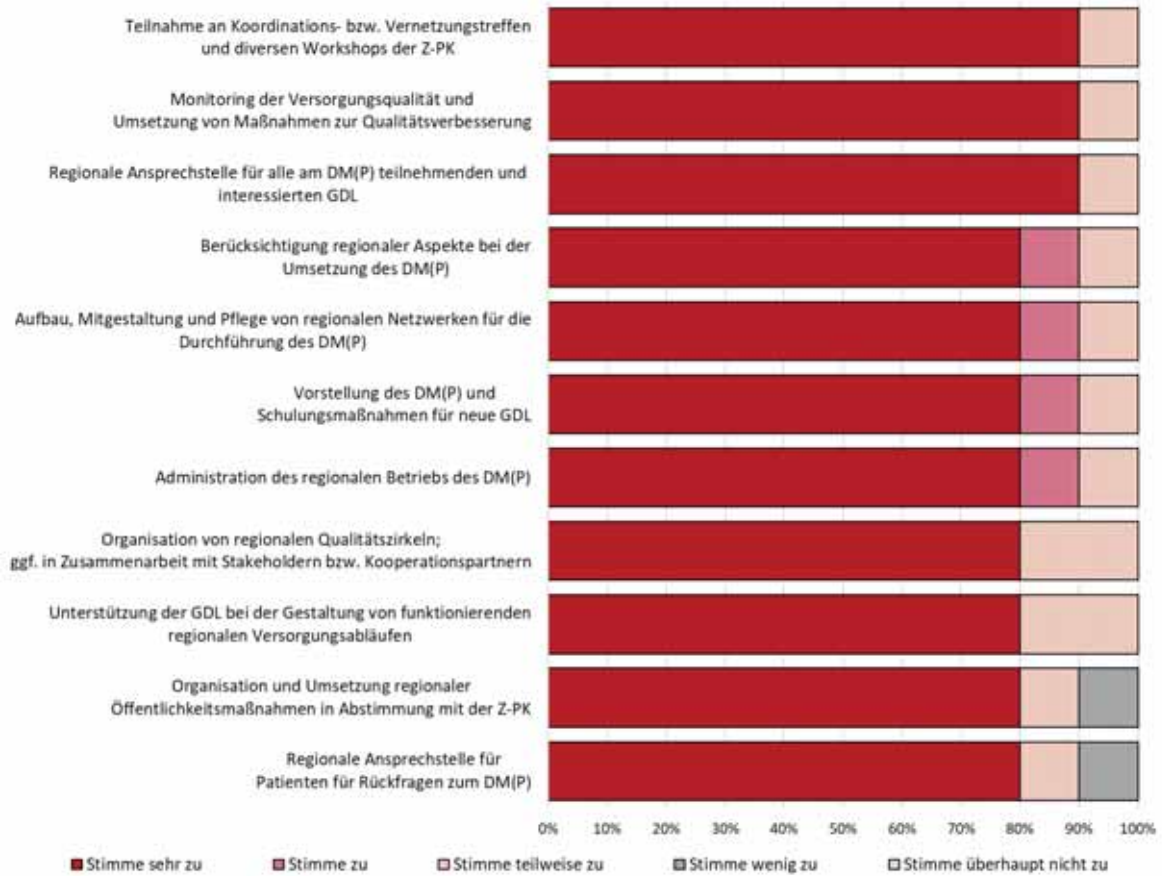
Versorgungsrolle 'Rehabilitationseinrichtungen' (n=12)



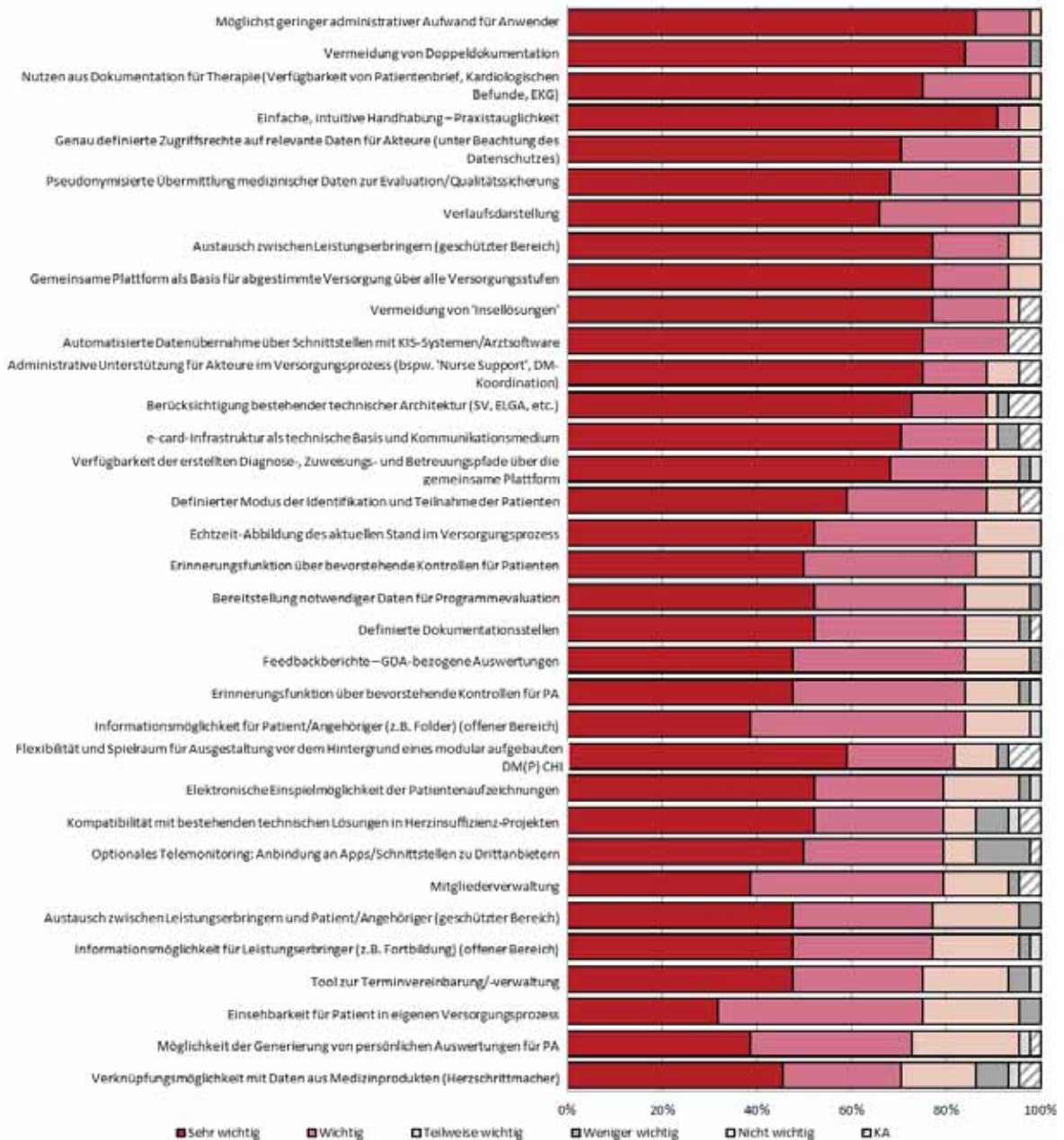
Versorgungsrolle 'Zentrale Programmkoordination' (n=13)



Versorgungsrolle 'Regionale Programmkoordination' (n=10)



Elektronisches Datenmanagementsystem (n=44)



ANHANG B: DATENSPEZIFIKATION (ENTWURF)

Parameter	Ausprägung	Pflichtfeld	Fakultatives Feld ⁴²
Patienten-Stammdaten			
Vor- und Zuname	Anzeigefeld Automatische Befüllung aus Administrationssoftware	x	
Geburtsjahr	S.O.	x	
SVNR	S.O.	x	
KV-Träger	S.O.	x	
Adresse/politischer Bezirk	S.O.	x	
Telefonnummer	Numerische Zahl	x	
Geschlecht	m/w/x	x	
DM(P)-spezifische Patientenschulung absolviert	Ja/Nein	x	x
Datum der Schulung	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)		
Patienten-Einverständniserklärung	Dokument	x	
DM(P)-Einschreibedatum	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)	x	
Austrittsdatum	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)		x
Austrittsgrund auszufüllen, wenn DMP-Austrittsdatum vorhanden	Eingabefehler/Verstorben/durch Patient beendet/durch Einrichtung beendet/Sonstiges		x
Aktuelle primäre Anlaufstelle	Bezeichnung Kontakt	x	
Betreuungsnetzwerk			
Einbindung An- bzw. Zugehörige	Ja/Nein	x	
Pflege/Heimhilfe	Ja/Nein	x	
Name und Kontaktmöglichkeit	Freies Textfeld		x
DM(P) Versorgungsnetzwerk		x	
Team Primärversorgung/hausärztliches Team	Jeweils Bezeichnung Kontakt		
Niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie	Freies Textfeld		
HI-Spezialist/Spezialambulanz			
Krankenhaus/stationär			
Rehabilitation			
Strukturdaten der beteiligten Einrichtungen/Akteure			
Einrichtungsbezeichnung	Anzeigefeld Automatische Befüllung aus Administrationssoftware	x	
Vor- und Zuname GDL	S.O.	x	
Adresse/politischer Bezirk	S.O.	x	
Vertragspartnernummer	Numerische Zahl	x	
Einrichtungsart	Extramural/intramural	x	
Fachrichtung	AM/IM etc.	x	
Personalstand (Quartalsende)	Anzahl der VZÄ/Köpfe je Berufsgruppe, die am DMP aktiv beteiligt sind	x	
Teilnahmebeginn GDL	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)	x	
Schulungsnachweis	Ja/Nein	x	
Austrittsanfrage GDL	Ja/Nein		x

⁴² Bedingtes Feld, Datenfeld davor mit Entscheidungsfrage.

Parameter	Ausprägung	Pflichtfeld	Fakultatives Feld
Teilnahmeende GDL	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)		x
Schulungsaktivitäten Anzahl der durchgeführten DM(P)-spezifischen Patientenschulungen	Ja/Nein 1-XXX	x	x
Konsultationen	Datum e-card-Steckung	x	
Medizinische Datensätze			
Erstdokumentation (im Rahmen der Erstabklärung erhoben/durchgeführt)			
Spezifische körperliche Untersuchung	Ja/Nein	x	
Komorbiditäten	Ja/Nein	x	
EKG (mit 12 Ableitungen)	Ja/Nein	x	
Echokardiographie/LVEF Messung	Ja/Nein	x	
NT-proBNP ⁴³		?	
Symptomatik/klinischer Status	NYHA I/ NYHA II/ NYHA III/ NYHA IV	x	
Abklärung durch Kardiologe ⁴⁴ im Rahmen der Erstdiagnose	Ja/Nein		
Diagnose	HFrEF/HFmrEF/HFpEF	x	
Behandlungsziel	1/2/3a/3b	x	
Ressourcen der Patienten/Angehörigen	Selbstmanagement möglich (regelmäßiges Monitoring wichtiger Parameter)/prinzipiell Selbstmanagement (Überprüfung in definierten Zeitintervallen)/Kontinuierliche Supervision	x	
Patienten-/Angehörigenpräferenzen (z.B. Telemonitoring)	Ja/Nein Freies Textfeld	x	x
Fragebogen Lebensqualität (jährlich zu erheben ab Einschreibung)	5-stelliger Code	x	
Medizinische Datensätze			
Folgedokumentation			
Symptomatik/klinischer Status Erhebungsdatum (mindestens halbjährlich zu erheben)	NYHA I/NYHA II/NYHA III/NYHA IV Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)	x	
Laborbefund Serum-Elektrolyte inkl. eGFR (mindestens halbjährlich zu erheben) (Mehrfacheinträge möglich)	Befunddokument Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)	x	
LVEF-Messungen (Mehrfacheinträge möglich)	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)		
ACE-Hemmer Evidenzbasierte Zieldosis	Ja/Nein/Kontraindikation /ARB Erreicht/Nicht erreicht/Titrationsphase /Max. tolerierte Dosis erreicht	x	

⁴³ Mit Blick auf die aktuelle Versorgungssituation muss festgehalten werden, dass die Bestimmung des NT-proBNP als wichtiger Parameter im Rahmen der Diagnostik sowie als wesentlicher Marker im Krankheitsverlauf für die Primärversorgung österreichweit nicht einheitlich geregelt ist. Auch in den CHI-Projekten gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen. Die einheitliche Regelung in Bezug auf NT-proBNP ist unabdingbar und sollte entsprechend priorisiert werden.

⁴⁴ Der Begriff ‚Kardiologe‘ wird hier der Einfachheit halber synonym für Fachärztin bzw. -arzt für Innere Medizin und Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2015) bzw. Fachärztin bzw. -arzt für Innere Medizin mit Additivfach Kardiologie (Ärzteausbildungsordnung 2006) verwendet.

Parameter	Ausprägung	Pflichtfeld	Fakultatives Feld
Betablocker Evidenzbasierte Zieldosis	Ja/Nein/Kontraindikation Erreicht/Nicht erreicht/Titrationsphase/Max. tolerierte Dosis erreicht	x	
Orale Antikoagulantien	Ja/Nein/Kontraindikation	x	
Schulung zur Überwachung des Gewichts erfolgt	Ja/Nein/Nicht erforderlich Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)	x	x
Beratung über Impfungen (Grippe, Pneumokokken)	Ja/Nein/Nicht erforderlich Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)	x	x
Fragebogen Lebensqualität (jährlich zu erheben ab Einschreibung)	5-stelliger Code	x	

ANHANG C: DOKUMENTATIONSBÖGEN (ENTWURF)

Die entworfene Beispieldokumentation bildet die Empfehlungen aus den erarbeiteten Teilkonzepten ‚Medizinisches Rahmenkonzept‘ (2019), ‚Qualitätsmanagement‘ (2020) und ‚Evaluation‘ (2020) zur Dokumentation ab. Die Überarbeitung der Diagnose- und Behandlungspfade (Folder Chronische Herzinsuffizienz) auf Basis der aktualisierten ESC-Leitlinien 2021 erfordert eine Prüfung in Hinblick auf die Aktualisierung der hier abgebildeten Mindestinhalte vor Konzeptumsetzung.

Beispiel für Medizinische Erstdokumentation DM(P) CHI			
Vertragspartnernummer		Untersuchungsdatum	
Vertragspartnernummer:	Eingabe numerische Zahl	Untersuchungsdatum:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Personendaten			
Familienname:	Freies Textfeld		
Vorname:	Freies Textfeld		
SVNR:	10-stellig		
Diagnostische Erstabklärung			
Spezifische körperliche Untersuchung:	Ja/Nein		
Spezifische Komorbiditäten:			
<i>Koronare Herzkrankheit</i>	Ja/Nein		
<i>Diabetes mellitus</i>	Ja/Nein		
<i>Hypertonie</i>	Ja/Nein		
<i>Herzvitien</i>	Ja/Nein		
<i>Vorhofflimmern/-flattern,</i>	Ja/Nein		
<i>Cerebrovaskuläre Störungen</i>	Ja/Nein		
<i>Chronische Niereninsuffizienz,</i>	Ja/Nein		
<i>Chronisch obstruktive Bronchitis</i>	Ja/Nein		
<i>Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</i>	Ja/Nein		
<i>Schlafapnoesyndrom</i>	Ja/Nein		
<i>Depression</i>	Ja/Nein		
<i>Anämie</i>	Ja/Nein		
<i>Onkologische Erkrankungen</i>	Ja/Nein		
<i>Kachexie</i>	Ja/Nein		
<i>Chronische Schmerzen</i>	Ja/Nein		
EKG mit 12 Ableitungen:	Ja/Nein		
Echokardiographie mit Bestimmung der LVEF:	Ja/Nein		
Klinik/Klassifikation bei Erstdiagnose:	NYHA I/NYHA II/NYHA III/NYHA IV		
Überweisung an Kardiologin bzw. Kardiologen:	Ja/Nein		
Diagnose:	HFrEF/HFmrEF/HFpEF		
Behandlungsziel:	1/2/3a/3b		
Labor			
Laborkontrolle entsprechend Betreuungspfad: (mind. halbjährlich zu erheben)	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)		
Therapie			
HI-spezifische Therapie:	Ja/Nein/Kontraindikation		
Evidenzbas. Zieldosis:	Erreicht/Nicht erreicht/Titrationsphase /Max. tolerierte Dosis erreicht		
Wesentliche Ko-Medikationen:	Ja/Nein/Kontraindikation		
Selbstmanagement (SM)/Schulung			
Patientinnen- bzw. Patientenressourcen:	SM möglich (regelmäßiges Monitoring wichtiger Parameter)/ prinzipiell SM (Überprüfung in definierten Zeitintervallen)/Kontinuierliche Supervision		
Betreuungssituation (Angehörige, Pflege, Heimhilfe etc.):	Freies Textfeld		
DM(P)-spezifische Patientenschulung:	Ja/Nein	Datum der Schulung:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Schulung zur Überwachung des Gewichts:	Ja/Nein/Nicht erforderlich	Datum der Schulung:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Beratung über Impfungen (Grippe, Pneumokokken):	Ja/Nein/Nicht erforderlich	Datum Beratung:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Telemonitoring:	Ja/Nein/Nicht erforderlich	Datum der Schulung:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Lebensqualität			
Fragebogen Lebensqualität EQ-5D: (jährlich zu erheben ab Einschreibung)	5-stelliger Code		

Beispiel für Folgedokumentation DM(P) CHI			
Vertragspartnernummer		Untersuchungsdatum	
Vertragspartnernummer:	Numerische Zahl	Untersuchungsdatum:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Personendaten			
Familienname:	Freies Textfeld		
Vorname:	Freies Textfeld		
SVNR:	10-stellig		
Laufende Versorgung gemäß Pfade			
Geplanter Kontrolltermin*:	Ja/Nein		
Ungeplante stationäre Behandlung wg. HI: (seit letzter Dokumentation)	Anzahl		
Symptomatik:	NYHA I/NYHA II/NYHA III/NYHA IV		
Änderung Behandlungsziel gemäß Pfade:	Ja/Nein	Neues Behandlungsziel:	1/2/3a/3b
Spezifische Komorbiditäten:			
<i>Koronare Herzkrankheit</i>	Ja/Nein		
<i>Diabetes mellitus</i>	Ja/Nein		
<i>Hypertonie</i>	Ja/Nein		
<i>Herzvitien</i>	Ja/Nein		
<i>Vorhofflimmern/-flattern,</i>	Ja/Nein		
<i>Cerebrovaskuläre Störungen</i>	Ja/Nein		
<i>Chronische Niereninsuffizienz,</i>	Ja/Nein		
<i>Chronisch obstruktive Bronchitis</i>	Ja/Nein		
<i>Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</i>	Ja/Nein		
<i>Schlafapnoesyndrom</i>	Ja/Nein		
<i>Depression</i>	Ja/Nein		
<i>Anämie</i>	Ja/Nein		
<i>Onkologische Erkrankungen</i>	Ja/Nein		
<i>Kachexie</i>	Ja/Nein		
<i>Chronische Schmerzen</i>	Ja/Nein		
EKG mit 12 Ableitungen:	Ja/Nein		
Überweisung an Kardiologin bzw. Kardiologen: (alle 12-18 Monate bei stabilen Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Risiko; mind. alle 3 Monaten für Patientinnen bzw. Patienten mit hohem Risiko)	Ja/Nein		
Echokardiographie: (jährlich bei stabilen Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Risiko)	Ja/Nein		
Labor			
Laborbefund Serum-Elektrolyte inkl. eGFR: (mind. halbjährlich zu erheben)	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)		
Therapie			
ACE-Hemmer:	Ja/Nein/Kontraindikation /ARB		
Evidenzbas. Zieldosis:	Erreicht/Nicht erreicht/Titrationsphase /Max. tolerierte Dosis erreicht		
Betablocker:	Ja/Nein/Kontraindikation		
Evidenzbas. Zieldosis:	Erreicht/Nicht erreicht/Titrationsphase /Max. tolerierte Dosis erreicht		
Orale Antikoagulantien:	Ja/Nein/Kontraindikation		
Selbstmanagement (SM)/Schulung			
Patientinnen- bzw. Patientenressourcen:	SM möglich (regelmäßiges Monitoring wichtiger Parameter)/ prinzipiell SM (Überprüfung in definierten Zeitintervallen)/Kontinuierliche Supervision		
Änderungen Betreuungssituation: (Angehörige, Pflege, Heimhilfe etc.)	Freies Textfeld		
(Erneute)Schulung bei aktueller Dokumentation:			
DM(P)-spezifische Patientenschulung	Ja/Nein/Nicht erforderlich	Datum der letzten Schulung:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Schulung zur Überwachung des Gewichts	Ja/Nein/Nicht erforderlich	Datum der letzten Schulung:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Beratung über Impfungen (Grippe, Pneumokokken)	Ja/Nein/Nicht erforderlich	Datum letzte Beratung:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Telemonitoring:	Ja/Nein/Nicht erforderlich	Datum der letzten Schulung:	Datumsfeld (TT.MM.JJJJ)
Lebensqualität			
Fragebogen Lebensqualität EQ-5D: (jährlich zu erheben ab Einschreibung)	5-stelliger Code		
* Kontrolle bei primärer Anlaufstelle alle 3 Monate bei stabilen Patientinnen bzw. Patienten mit niedrigem Risiko; Kontrolle bei der Kardiologin bzw. beim Kardiologen mindestens alle 3 Monaten für Patientinnen bzw. Patienten mit hohem Risiko; regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen von Patientinnen bzw. Patienten mit sehr hohem Risiko			

Teil VIII

Vergütung



Jahn, Beate

Santamaria, Júlia

Puntscher, Sibylle

Siebert, Silke

Mühlberger, Nikolai

Siebert, Uwe

Institut für Public Health, Medical Decision Making und Health Technology Assessment

UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, 2021

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

A	Österreich
AIT	Austrian Institute of Technology
AVOS	Arbeitskreis für Vorsorgemedizin Salzburg
BVA	Bundesverwaltungsamt
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft
DMP	Disease-Management-Programm
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EPIG	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung(en)
HI	Herzinsuffizienz
HVB	Hauptverband
IFGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
KABEG	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KH	Krankenhaus
NÖ	Niederösterreich
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
OÖ	Oberösterreich
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
OOP	Out-of-Pocket-Zahlung
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	619
1. HINTERGRUND	622
2. ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG	623
2.1. Forschungsfragen	624
3. METHODEN	624
4. ERGEBNISSE	625
4.1. Überblick Finanzierungsansätze und Zielsetzung	625
4.1.1. Vergütungsmodelle	626
4.1.2. Pay-for-Performance	630
4.1.3. Ressourcengenerierung und Allokation	631
4.1.4. Kostenbeteiligung und Direktzahlungen	632
4.2. Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in Österreich	633
4.2.1. Das Gesundheitssystem und Rahmenbedingungen	633
4.2.2. Gesundheitsreformen mit Relevanz für chronische Krankheiten	635
4.2.3. Pilotprojekte Disease-Management Chronische Herzinsuffizienz	635
4.2.4. Bisherige Erkenntnisse und Empfehlungen aus Vorarbeiten im Teilkonzept DMP CHI „Qualitäts- und Risikomanagement“	641
4.2.5. Bisherige Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Pilotprojekten DMP CHI- Ergebnisse des Workshops mit Expertinnen und Experten	641
4.3. Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in Deutschland	643
4.3.1. Das Gesundheitssystem und Rahmenbedingungen	643
4.3.2. Rahmenbedingungen für DMP und Risikostrukturausgleich	643
4.3.3. Disease-Management-Programme: Beispiele, rechtliche Grundlagen und Organisation	644
4.3.4. DMP-Evaluationen und -Erfahrungen	647
4.4. Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in der Schweiz	647
4.4.1. Gesundheitsreformen mit Relevanz für chronische Krankheit	649
4.4.2. Disease-Management-Programme	650
5. DISKUSSION	651
6. FAZIT UND EMPFEHLUNGEN	654
7. DANKSAGUNG	656

8. VERZEICHNISSE	658
8.1. Literaturverzeichnis	658
8.2. Abbildungsverzeichnis	669
8.3. Tabellenverzeichnis	669
ANHANG A: LITERATUR (PILOT-)PROJEKTE DISEASE-MANAGEMENT CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ	670
ANHANG B: ÜBERSICHT DER QUALITÄTSINDIKATOREN TEILKONZEPT „QUALITÄTS- UND RISIKOMANAGEMENT“ UND DEREN ABDECKUNG IN DER HONORARORDNUNG	678
ANHANG C: FINANZIERUNGSSTRÖME IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM	679
ANHANG D: VERGÜTUNGSMECHANISMEN VON LEISTUNGSERBRINGERINNEN BZW. LEISTUNGSERBRINGERN	680
ANHANG E: PAY-FOR-PERFORMANCE ÜBERBLICK ERGEBNISSE LITERATURSUCHE	681

1. HINTERGRUND

Die chronische Herzinsuffizienz (CHI) ist eine häufige Erkrankung mit einer Prävalenz von 70.000 bis 140.000 in Österreich, die stark mit dem Alter assoziiert ist (Mörtl, 2016). Die stationären Spitalsaufenthalte in Akutkrankenanstalten mit Entlassungsdiagnose Herzinsuffizienz lag im Jahr 2019 bei 24.851 (StatA, 2021). CHI nimmt in ihrer Häufigkeit zu. Die steigende Prävalenz und Inzidenz von CHI erklärt sich durch die erhöhte Überlebenswahrscheinlichkeit bei Myokardinfarkten und die höhere Lebenserwartung sowie den Anstieg von Risikofaktoren (Hypertonie und Diabetes mellitus) (Poelzl et al., 2020).

Bei einer Herzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr in der Lage, den Körper ausreichend mit Blut und Sauerstoff zu versorgen. Dadurch ist ein stabiler Stoffwechsel unter Ruhe- oder Belastungsbedingungen nicht mehr möglich (BÄK, KBV & AWMF, 2019; EPIG, 2019 unveröffentlicht). Der Organismus versucht die Dysfunktion der Herzmuskulatur zu kompensieren, womit begleitende Veränderungen (u. a. Stimulation des sympathischen Nervensystems) einhergehen. Die chronische Herzinsuffizienz ist durch klinische Symptome wie Dyspnoe, Müdigkeit, Herzrhythmusstörungen und klinische Zeichen wie gestaute Halsvenen und periphere Ödeme gekennzeichnet (EPIG, 2019 unveröffentlicht; Mosterd & Hoes, 2007; Victor Aboyans et al., 2018), wie in den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) dargestellt (Dickstein et al., 2010; McMurray et al., 2012; Ponikowski et al., 2016). Die klinischen Charakteristika von CHI sind jedoch bei vielen anderen Erkrankungen ähnlich, wodurch die Diagnose anhand der klinischen Zeichen und Symptome allein erschwert wird. Die Diagnostik einer CHI erfolgt durch kardiale Bildgebung (transthorakale Echokardiographie) und Laboruntersuchungen (EPIG, 2019 unveröffentlicht; Poelzl et al., 2020). Die Behandlung dieser Erkrankung besteht im Wesentlichen aus vier Optionen: kausale Therapie der verursachenden Erkrankung, nicht-medizinische Therapie, medikamentöse Therapie oder apparative und operative Therapie (EPIG, 2019 unveröffentlicht).

Eine adäquate Versorgung dieser komplexen Krankheit bedarf einer multidisziplinären Betreuung (Polanczyk, Ruschel, Castilho & Ribeiro, 2019). In Österreich wurden hierzu Pilotstudien zu Disease-Management-Programmen durchgeführt (DMP). Generell ist das Ziel von DMP die Steuerung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit definierten Gesundheitsstörungen über professionelle, institutionelle und sektorspezifische Grenzen hinweg. Damit fokussieren DMP auf ganze Lebensphasen, die von Gesundheitsstörungen geprägt werden, und beinhalten daher Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, aber auch Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation (Pandor et al., 2013; Thokala et al., 2013). DMP zur CHI haben unter anderem das Ziel, die „Rückübernahmen von Patientinnen und Patienten, die wegen akuter Herzinsuffizienz aus dem Krankenhaus in ambulante Gesundheitseinrichtungen überwechseln, zu verhindern und die Lebensqualität zu verbessern“ (Poelzl et al., 2020).

In einer Metaanalyse zusammengefasste Studien belegen den klinischen Nutzen von DMP für CHI-Patientinnen und -Patienten, wobei das Ausmaß des Nutzens vom Alter der Patientinnen und Patienten, dem Schweregrad, der Richtlinienentreue der Erstbehandlung und den Modalitäten des DMPs abhängig ist. Unter anderem erzielten DMP mit multidisziplinären Teams eine höhere Effektivität (Göhler et al., 2006). Auch in einer umfassenden entscheidungsanalytischen Modellierung konnte gezeigt werden, dass DMP bei CHI die Lebenserwartung erhöhen und ihr Einsatz als kosteneffektiv bewertet werden kann (Göhler et al., 2008).

Derzeit gibt es sieben DMP-(Pilot-)Projekte in sechs österreichischen Bundesländern (Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol) (Böhmer, Wieser, Weywar, Frauendorfer & Kronik, 2011). Diese Programme verwenden hybride Modelle, die Hausbesuche, Kliniken und zum Teil Telemedizin kombinieren (Poelzl et al., 2020). Bei den Patientinnen und Patienten, die in diese Programme einbezogen werden, wurde eine chronische Herzinsuffizienz diagnostiziert. Sie werden regelmäßig überwacht, geschult und – je nach DMP – über einen Zeitraum von drei bis 12 Monaten von spezialisiertem Gesundheitspersonal behandelt. Ein Kernpunkt der Programme ist die Kommunikation und Interaktion mit den Patientinnen und Patienten, die über Telefon und persönliche Gespräche erfolgt (Göhler et al., 2006; Poelzl et al., 2020).

Unter der Leitung des Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) wird derzeit ein praxisnahes Rahmenkonzept für ein österreichweit einheitliches modulares Disease-Management-Programm für Patientinnen und Patienten mit CHI erarbeitet. Das Programm verfolgt das Ziel, Chancengleichheit, Transparenz, Versorgungs- und Lebensqualität zu gewährleisten. Im Teilkonzept Evaluation bzw. Qualitäts- und Risikomanagement werden vor diesem Hintergrund sowohl klinische (u.a. Lebensqualität, Funktionalität, Lebenserwartung) als auch ökonomische Outcomes (z.B. Spitalsaufenthaltsdauer, Arbeitsjahre, Teilnahme im Programm, Kosten) definiert. Im Zuge der Entwicklung eines Vergütungsmodells für ein österreichweites DMP sollen nunmehr Finanzierungsformen als Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen evaluiert werden. Hierbei gilt es, Vor- und Nachteile abzuwägen sowie unterschiedliche ökonomische Anreize einer wirtschaftlichen Leistungserbringung zu berücksichtigen. Finanzierungsformen reichen von Ansätzen mit direktem Leistungsbezug (z.B. Fallpauschalen) bis hin zu ergebnisorientierten Ansätzen und Mischformen (Braun et al., 2011; Stewart et al., 2002; Stewart, 2005). Da in einem österreichweiten DMP für chronische Herzinsuffizienz prinzipiell alle Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer chronischen Herzinsuffizienz Berücksichtigung finden sollen, ist es wichtig, entsprechende Anreize zu setzen. Ziele hierbei sind, sowohl die Akzeptanz der Akteurinnen und Akteure für ein DMP bei chronischer Herzinsuffizienz zu einer breiten Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Schweregraden zu fördern als auch eine aktive Teilnahme jener zu unterstützen.

2. ZIELSETZUNG UND AUFTRAGSKLÄRUNG

Die UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT TIROL), wurde vom Competence Center für Integrierte Versorgung (CCIV) im November 2020, im Rahmen des Gesamtkonzepts für ein österreichweites Disease-Management-Programm für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, mit der Erarbeitung des Teilkonzepts „Vergütungsmodell Disease-Management-Programm Chronische Herzinsuffizienz“ beauftragt. Ziel des Projekts ist es, Vor- und Nachteile von Vergütungsmodellen aus der bisherigen Evidenz – unter Berücksichtigung der vom CCIV vorgegebenen Ziele der Chancengleichheit, Transparenz, Versorgungs- und Lebensqualität und des Teilkonzepts zum „Qualitäts- und Risikomanagement“ – zu analysieren.

Das Teilkonzept „Vergütungsmodell Disease-Management-Programm Chronische Herzinsuffizienz“ sollte sich in das Gesamtkonzept einfügen, aufbauend insbesondere auf die Teilkonzepte „Qualitäts- und Risikomanagement“, „Medizinisches Rahmenkonzept“ und „Evaluation“ sowie die Verknüpfung mit den weiteren Teilkonzepten wie dem „Organisations- und Datenmanagement“.

2.1. Forschungsfragen

Die im Folgenden angeführten Forschungsfragen wurden im Projekt bearbeitet.

Forschungsfrage 1:

Welche Vergütungsmodelle von Disease-Management Programmen (DMP) werden in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben? Welche Ziele und Anreizabsichten verfolgen diese Vergütungsmodelle?

Forschungsfrage 2:

Welche Vergütungsmodelle werden in bereits bestehenden Disease-Management Programmen (DMP) in Deutschland, der Schweiz und Österreich ((Pilot-) Projekte) mit Fokus auf chronische Herzinsuffizienz eingesetzt unter gegebenen rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen?

Forschungsfrage 3:

Welche Erfahrungen wurden mit den bestehenden Vergütungsmodellen (aus Forschungsfrage 2) gesammelt mit Blick auf Teilnehmerinnen-/Teilnehmerzahlen und Qualitätskennzahlen (z.B. Lebenserwartung, Spitalsaufenthalte, Verteilungsgerechtigkeit und Kosten)?

Forschungsfrage 4:

Welche Vor- und Nachteile der Vergütungsmodelle lassen sich aus der bisherigen Evidenz der bestehenden DMP zur chronischen Herzinsuffizienz (Deutschland, Schweiz) und der (Pilot-)Projekte (Österreich) ableiten?

3. METHODEN

Neben der vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Literatur wurden weiterführende Literatursuchen zu Übersichtsarbeiten über generelle Konzepte von DMP-Finanzierungsmodellen in MEDLINE sowie Google Scholar mittels Schlagwort- und Schneeballsuche durchgeführt.

Zum Auffinden systematischer Übersichtsarbeiten zu Pay-for-Performance-Studien im Gesundheitsbereich wurde eine orientierende Suche durchgeführt. Dazu wurden zunächst in Google Scholar wissenschaftliche Artikel zu „pay for performance review“ gesucht, die 2010 oder später publiziert wurden. Erhaltene Treffer wurden nach Titel und Abstract auf mögliche Relevanz durchsucht. Potenziell relevante Publikationen wurden anschließend in der Online-Datenbank der National Library of Medicine (PubMed) aufgerufen und dort auf der ersten Seite angezeigte ähnliche Artikel ebenfalls nach Titel und Abstract gescreent. Auf Basis dieses Screenings identifizierte Publikationen wurden im Volltext besorgt und auf verwertbare Evidenz zu Pay-for-Performance im Bereich der Disease-Management-Programme geprüft. Zusätzlich wurde der Bericht des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger (HVB, 2016b) und die Dissertation von DDr. Tobias Romeyke (2020) sowie deren Literaturquellen einbezogen. Informationen zu Autorinnen und Autoren, Jahr, Titel, Studientyp, Länder, Zielstellung und zusammenfassende Einschätzung der Effektivität wurden in Evidenztabelle zusammengeführt.

Informationen zu DMPs in Deutschland und der Schweiz mit Schwerpunkt auf chronische Herzinsuffizienz wurden mittels Literaturrecherche (adaptierte Schneeballsuche) in internationalen Datenbanken (MEDLINE, Google Scholar) sowie auf Internetseiten der Gesundheitsversorger und Versicherungen zusammengetragen. Zur Gegenüberstellung von Sondervergütungen von DMP-Leistungen in Deutschland wurden Verträge der Versicherungen mit den kassenärztlichen Vereinigungen in vier beispielhaften Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen) recherchiert. Honorare der Erst- und Folgedokumentation, Koordination und Schulungen wurden tabellarisch zusammengeführt.

Telefonische Befragungen zu Vergütungsmodellen von DMP wurden mit Vertretern von Versicherungen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in der Schweiz und einem Fachexperten in Deutschland durchgeführt. Folgende Fragen wurden gestellt:

- Wie sind Disease-Management-Programme aufgebaut? Welche Fachdisziplinen werden einbezogen?
- Wie werden die Leistungen für Patientinnen und Patienten von den einzelnen Fachdisziplinen abgerechnet?
- Gibt es Anreizsysteme für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bzw. Patientinnen und Patienten, die sich an der Qualität orientieren und die Vergütung beeinflussen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)?
- Gibt es Besonderheiten im Finanzierungssystem von DMP in der Schweiz?

Informationen zu den DMP CHI bzw. den (Pilot-)Projekten hierzu in Österreich wurden, basierend auf der vom CCIV zur Verfügung gestellten Literatur, einer weiterführenden Suche in Pubmed, auf Internetseiten der (Pilot-)Projekte der ÖGK etc., zusammengetragen. Zusätzlich wurden Expertinnen und Experten telefonisch und per E-Mail kontaktiert. Extraktionstabellen wurden entwickelt und Informationen systematisch extrahiert. Erfahrungen aus den Pilotprojekten wurden im Rahmen eines Expertenmeetings zum Teilprojekt Vergütungsmodelle DMP CHI am 21. Juli 2021 erhoben. Zum Mehraufwand bei der Implementierung des DMP im niedergelassenen Bereich wurden Expertinnen und Experten ebenfalls direkt im Expertenmeeting befragt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Expertenmeeting sowie interviewte Personen sind in der Danksagung namentlich angeführt.

4. ERGEBNISSE

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Literatursuche, Rückmeldungen von Expertinnen und Experten sowie Informationen des Expertenworkshops zu Vergütungsmodellen DMP CHI in Österreich zusammengefasst.

4.1. Überblick Finanzierungsansätze und Zielsetzung

Zahlungsmodalitäten für medizinische Leistungen für chronisch Kranke haben eine wichtige Auswirkung auf die Art und Qualität der erbrachten Leistungen. Nachfolgend werden mögliche Finanzierungsansätze für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkan-

kungen, aufbauend auf Busse & Mays (2008) beschrieben. Wichtig ist hierbei, mögliche Anreize bzw. Anreizwirkungen aufzuzeigen. Anreize betreffen Kostenträger, Anbieter (Organisationen, Teams und Einzelpersonen) sowie Patientinnen und Patienten. Finanzielle Anreize können Verhaltensänderungen initiieren oder verstärken und damit eine effektive Versorgung und das Management chronischer Krankheiten fördern. Vergütungssysteme können jedoch auch Barrieren darstellen, wenn beispielsweise Agierende gegen ihre wirtschaftlichen Interessen handeln, um eine verbesserte Versorgung sicherstellen zu können. Ein wesentlicher Faktor für den Erfolg eines DMP zur Verbesserung der chronischen Versorgung ist daher die Entwicklung und Einführung von Vergütungsansätzen, die angemessene finanzielle Anreize beinhalten.

Das erweiterte Dreiecksmodell von Busse & Mays (2008) bildet das Zusammenspiel von Bevölkerung, Zahler, Anbieter und Finanzintermediären ab (siehe dazu Abbildung 1). Die Finanzintermediäre werden, entsprechend der in den meisten Ländern anzutreffenden Trennung, unterteilt in den ‚Finanz-Pooler‘, der kollektive Ressourcen für Gesundheitsleistungen sammelt, und den ‚Zahler/Besteller‘, der die Versorgung für definierte Teile der Bevölkerung bezahlt oder einkauft, unterteilt. Der zentrale Aspekt ist hierbei, wie Anbieterinnen bzw. Anbieter für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen bezahlt werden (Beziehung D). Weitere Aspekte sind die Beziehung zwischen Patientenschaft und Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (Beziehung A) und die finanziellen Zuweisungen an die Kostenträger (Beziehung C). Beziehung C ist insbesondere in Systemen, in denen die Patientinnen und Patienten die Wahl des Kostenträgers bzw. der Versicherer haben, relevant. In Österreich nehmen beispielsweise die Sozialversicherungsträger die Rolle der Zahler für den extramuralen Bereich und die Spitäler ein.

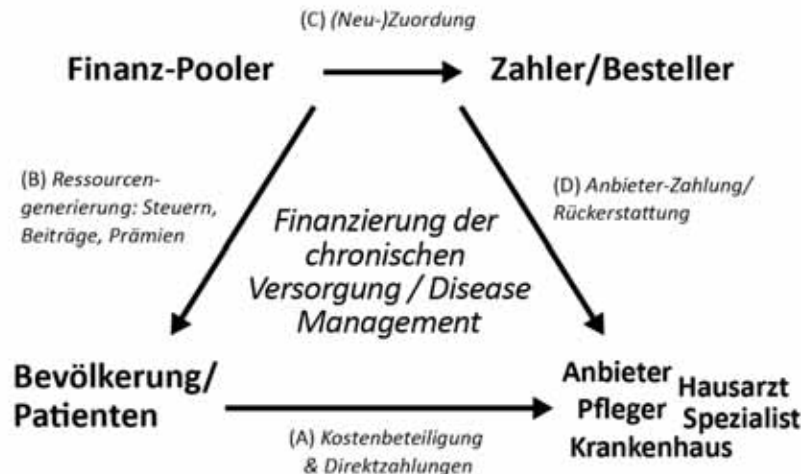


Abbildung 1: Finanzströme im Zusammenhang mit der Bezahlung der Betreuung chronisch Kranker (adaptiert von Busse & Mays, 2008)

4.1.1. Vergütungsmodelle

Das Management chronischer Krankheiten ist als ein bevölkerungsbezogener Ansatz zur Behandlung chronischer Krankheiten definiert. Dieser umfasst ein evidenzbasiertes multidisziplinäres Management unter Zuhilfenahme von Informationssystemen zur verbesserten Versorgung der Patientinnen und Patienten zu angemessenen Kosten. Typischerweise bezahlen Programme zum Management chronischer Krankheiten Ärztinnen und Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer für die Ein-

führung geeigneter Strukturen und Prozesse (z.B. bessere Informationssysteme), einschließlich der Bezahlung von Veränderungen, in der Art und Weise, wie die Versorgung durchgeführt wird (Busse & Mays, 2008).

Die herkömmliche Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Fachkräften des Gesundheitswesens aus zusammengeführten Ressourcen (z.B. durch Versicherer, Länder oder Gemeinden, siehe Abbildung 1) umfassen Honorar, Kopfpauschale und Gehalt. Diese werden nachfolgend kurz erläutert und mögliche Anreizwirkungen werden in Tabelle 1 zusammengefasst. Für das Management von Menschen mit chronischen Erkrankungen beinhaltet diese Methode unterschiedliche, aber zum Teil unzureichende finanzielle Anreize für die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Bei einer **Servicegebühr/Honorar** (Fee-for-Service) wird für jede erbrachte Leistung ein zusätzlicher Betrag gezahlt. Die Anbieterinnen bzw. Anbieter werden im Allgemeinen dazu motiviert, mehr Leistungen zu erbringen, sofern die angebotene Vergütung die Kosten für die Anbieterin bzw. den Anbieter übersteigt. Der Anreiz bei der Honorarvergütung besteht darin, so viele erstattungsfähige Leistungen wie möglich zu erbringen, was zu einer übermäßigen Inanspruchnahme solcher Leistungen führen kann. Es werden keine Anreize gegeben, nicht abgedeckte effektive Leistungen (z.B. die aktive Überwachung der Patientinnen und Patienten per Telefon oder Computer) zu erbringen. Diese Vergütung (Einzelleistungsvergütung) minimiert aber auch die Anreize, Kranke zu meiden, die schwierig zu behandeln sind, wie z.B. jene mit mehreren chronischen Erkrankungen (Busse & Mays, 2008).

Kopfpauschalen (Capitation) geben Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsdienstleistern einen festen Betrag für die Erbringung von Leistungen an Patientinnen und Patienten für eine bestimmte Zeit, unabhängig von der Menge der von den einzelnen Patientinnen und Patienten in Anspruch genommenen Leistungen. Prinzipiell besteht der Anreiz, so wenige Leistungen wie möglich für jeden Kranken zu erbringen, mehr zu behandelnde Personen aufzunehmen sowie Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen zu vermeiden. Theoretisch können einige dieser Anreize abgeschwächt werden, wenn Patientinnen und Patienten die Wahl von Anbietern haben. Mit der Wahlmöglichkeit haben die Anbieterinnen bzw. Anbieter Anreize, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten, um Patientinnen und Patienten sowie Einkommen zu halten, aber sie müssen dies innerhalb eines Budgets tun. Die Pauschale kann auch für erkrankte Personen mit höheren Bedürfnissen adjustiert werden (morbidityorientierte Kopfpauschalen), um einer Auswahl von zu behandelnden Personen entgegenzuwirken (Busse & Mays, 2008).

Das **Gehalt** gibt Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern ein garantiertes Einkommen – unabhängig davon, wie viel Arbeit geleistet wird. Es gibt keinen besonderen Anreiz für Über- oder Unterversorgung. Es bestehen aber auch keine besonderen Anreize, eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten, sofern die Anbieterin bzw. der Anbieter nicht für eine Organisation tätig ist, die im Wettbewerb um Patientinnen und Patienten mit anderen Organisationen steht. Während das Gehalt vielleicht die neutralste Form der Vergütung darstellt, hängt eine qualitativ hochwertige Versorgung viel von beruflichen Normen und Gruppenverhalten ab (Bertelsmann Stiftung & Universität Bremen, 2006; Busse & Mays, 2008; HVB, 2016a).

Pay-for-Performance und **qualitätsorientierte Bezahlung** stellen weitere generische, nicht speziell für die chronische Versorgung entwickelte Ansätze für die Vergütung von Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern dar.

Pay-for-Performance-Programme sind Zahlungsmodelle, die Gesundheitsdienstleister für die Erfüllung vorher festgelegter Ziele bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen durch finanzielle Anreize belohnt. Diese Programme können unterschiedlich gestaltet sein. Beispielweise können für bestimmte Behandlungsergebnisse oder das Vorhalten bestimmter Strukturmerkmale Anreize implementiert oder den Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern finanzielle Anreize für die Optimierung der Behandlungsprozesse zugesichert werden (Campbell, Reeves, Kontopantelis, Sibbald & Roland, 2009; Eijkenaar, Emmert, Scheppach & Schöffski, 2013). Es können Prämien oder Strafzahlungen implementiert werden. Programme und deren Anreize können auf Gesundheitsdienstleister wie Krankenhäuser, Organisationen, Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Pflegeheime, häusliche Pflegeteams, Rehabilitationsanbieter oder auch Versicherer angewandt werden (Yuan, He, Meng & Jia, 2017b). Theoretisch kann eine Anwendung bei unterschiedlichen Krankheiten, aber nicht bei Akuterkrankungen erfolgen (Busse & Mays, 2008; HVB, 2016b). Die Erfahrungen mit Pay-for-Performance-Ansätzen im Rahmen von DMP werden im Abschnitt 4.1.2 zusammengefasst.

Qualitätsorientierte Bezahlung ist eine weitere Entwicklung (McNamara, 2006), die eine qualitätsbasierte Bezahlung (oder einen qualitätsbasierten Einkauf) als ein engeres Konzept im Rahmen von Pay-for-Performance darstellt. In der Regel umfasst sie keine ökonomische Komponente im Sinne von Anreizen für Kosteneinsparungen oder Effizienzsteigerungen. Qualitätsbasierte Bezahlung, fokussiert auf Finanzierungssysteme, die finanzielle Anreize zur Belohnung und Bestrafung von Anbietern auf Grundlage der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen beinhalten. Qualität kann hierbei an strukturellen Benchmarks (z.B. Investitionen in Informationstechnologie), Versorgungsprozessen (z.B. Einhaltung klinischer Leitlinien) und Ergebnissen, einschließlich technischer Ergebnisse (z.B. geringere Sterblichkeit nach Operationen) sowie die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten bemessen werden. In der Literatur werden die Bezeichnungen jedoch nicht einheitlich verwendet.

Tabelle 1: Traditionelle Formen der Vergütung von Anbieterinnen bzw. Anbietern und mögliche induzierte Anreize

Anreize	Beabsichtigt	Unbeabsichtigt
Servicegebühr/ Honorar	- Mehr Leistungen erbringen, sofern Vergütung die Kosten übersteigt - Minimiert die Anreize bestimmte erkrankte Personen zu meiden	Übermäßige Inanspruchnahme erstattungsfähiger Leistungen
Kopfpauschalen	- Anbieter können Ressourcen lenken, um Gesundheit zu maximieren - Mehr zu Behandelnde aufnehmen - Qualitätssteigerung, wenn Patienten die Wahl haben	Kranke mit multiplen chronischen Erkrankungen vermeiden
Gehalt	- Keinen besonderen Anreiz für Über- oder Unterversorgung - Qualitätssteigerung bei Konkurrenz mit anderen Anbietern	Kein Anreiz für Behandlung von mehr Personen und Kostenbewusstheit
Pay-for-Performance-Programme (P4P)	- Bezahlung für Erbringung bestimmter patientenbezogener Ergebnisse - Behandlungsergebnisse durch Vorhalten von Strukturmerkmalen - Anreize für Optimierung der Behandlungsprozesse, Kosteneinsparungen	Kranke mit mehreren chronischen Erkrankungen vermeiden
Qualitätsorientierte Bezahlung (Konzept im Rahmen von P4P)	Finanzielle Anreize zur Belohnung und Bestrafung basierend auf Qualität der Leistungen (z.B. strukturelle Benchmarks, Versorgungsprozesse und Ergebnisse inkl. Zufriedenheit)	Ggf. Selektion von Patienten

Die **Bezahlung von Institutionen** (insbesondere von Akutkrankenhäusern) ist auf einer weiteren Ebene angesiedelt und erfolgt über Leistungsentgelte, Tagessätze, Fallpauschalen und Budgets. Diese werden in Tabelle 2 kurz hinsichtlich möglicher beabsichtigter und unbeabsichtigter Anreizwirkungen zusammengefasst. Tagespauschalen (d.h. eine Gebühr pro Tag des stationären Aufenthalts) waren früher eine übliche Art der Bezahlung von Krankenhäusern. Bei einheitlichen Tagessatzpreisen für alle Patientinnen und Patienten besteht der Anreiz, weniger kostenaufwendige Patientinnen und Patienten zu bevorzugen oder jene länger als nötig zu behalten. Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten werden primär im ambulanten Versorgungssektor behandelt und nur bei akuten Komplikationen ins Krankenhaus eingeliefert. Sie zählen überwiegend zu Hochkostenpatientinnen und -patienten und würden durch diesen Vergütungsmechanismus benachteiligt. Fallpauschalen, insbesondere die sogenannten ‚diagnosebezogenen Gruppen‘ (DRG – Diagnosis Related Groups) können Anreiz zur früheren Entlassung bieten. In Frankreich, Deutschland oder den Niederlanden wurden jedoch Mischformen eingesetzt, die ein höheres Niveau der Erstattung für schwierige Fälle rechtfertigen und auch für Prozeduren, die vom Krankenhaus zur Klassifizierung angeboten werden (Busse, 2004). Chronisch kranke Menschen, die ins Krankenhaus eingeliefert werden, sollten von solchen Entwicklungen profitieren, sind aber wie bei der Einzelleistungsvergütung dem Risiko einer unangemessenen Überversorgung ausgesetzt. Institutionelle Budgets haben ähnliche Anreize wie die Gehälter, die an Fachkräfte gezahlt werden.

Tabelle 2: Traditionelle Formen der Vergütung von Institutionen und mögliche induzierte Anreize

Anreize/Folgen	Beabsichtigt	Unbeabsichtigt
Servicegebühr	Vergütung in Relation zu Aufwand und Ressourcenverbrauch	Übermäßige Inanspruchnahme erstattungsfähiger Leistungen
Tagessätze	Keine zusätzlichen Zahlungen für mehr zusätzliche Leistungen	Patienten mit chronischen Erkrankungen vermeiden bzw. länger als nötig halten
DRG – Diagnosis Related Groups	Anreiz für Extraleistungen minimiert	Anreiz zur frühzeitigen Entlassung
Institutionelle Budgets	- Kein besonderer Anreiz für Über- oder Unterversorgung - Qualitätssteigerung bei Konkurrenz mit anderen Anbietern	Kein Anreiz für Behandlung von mehr Personen und Kostenbewusstheit

In der Praxis werden Varianten der grundlegenden Zahlungsmethoden oft zu komplexeren Zahlungssystemen kombiniert, um die inhärenten Grenzen der einzelnen Methoden auszugleichen. Der 2004 in Großbritannien eingeführte National-Health-Service-(NHS)-Vertrag für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner kann als ein gemischter Vergütungsvertrag angesehen werden, da er Kopfpauschalen, Zahlungen für Dienstleistungen, Infrastruktur (Kapital und Informationstechnologie) sowie ein wesentliches Element der qualitätsorientierten Vergütung umfasst.

4.1.2. Pay-for-Performance

Die orientierende Suche nach systematischen Übersichtsarbeiten zu Pay-for-Performance-Studien im Gesundheitsbereich ergab 20 potenziell relevante Dokumente (Bruin, Baan & Struijs, 2011; Eijkenaar et al., 2013; Emmert, Eijkenaar, Kemter, Esslinger & Schöffski, 2012; Gupta & Ayles, 2019, 2020; Houle, McAlister, Jackevicius, Chuck & Tsuyuki, 2012; Huang et al., 2013; Jia, Meng, Scott, Yuan & Zhang, 2021; Kondo et al., 2016; Kondo et al., 2018; Markovitz & Ryan, 2017; Mathes et al., 2019; Mendelson et al., 2017; Milstein & Schreyoegg, 2016; Ogundeji, Bland & Sheldon, 2016; Scott et al., 2011; Tello, Barbazza & Waddell, 2020; van Herck et al., 2010; Yuan, He, Meng & Jia, 2017a; Zaresani & Scott, 2021). Vier weitere zusätzliche Arbeiten wurden in der „Grey Literature“-Suche identifiziert. Extraktionstabellen wurden entwickelt, um Informationen zu Studientyp, Ländern, Zielen, Einstellungen und Wirksamkeit der Modelle zusammenzufassen (siehe dazu Tabelle 7).

Die meisten der eingeschlossenen Publikationen (n = 21 von 24) waren (systematische) Übersichtsarbeiten, davon vier Cochrane-Reviews. Zwei führten zusätzlich eine Metaanalyse durch. Die restlichen Studien (n = 3) waren Kohortenanalysen, Kostenberechnungen oder Zeitreihenanalysen. Die in die Reviews eingeschlossenen Studien wurden in verschiedenen Ländern weltweit durchgeführt, mit Ausnahme von drei Reviews, die sich auf Taiwan, Großbritannien und Kanada beschränkten. Die Kohorten- und Zeitreihenstudien und Kostenberechnungen wurden in den USA, Taiwan oder Großbritannien durchgeführt.

Das Hauptziel der Veröffentlichungen war es, die Auswirkungen von leistungsorientierten Vergütungen auf die Versorgungsqualität – basierend auf unterschiedlichen Gesundheitsergebnissen, Pflegeprozessen, Kosten und/oder Gerechtigkeit – zu bewerten oder einen Überblick über die Faktoren zu geben, die einen Einfluss auf die Wirksamkeit von Pay-for-

Performance-Programmen haben. Die evaluierten Programme wurden entweder in ambulanten Settings wie der Primärversorgung oder in Pflegeheimen, im stationären Setting oder in beiden durchgeführt. Von den 24 Veröffentlichungen konzentrierten sich lediglich fünf auf die Diabetesversorgung. Allgemein zeigen die Studien eine schwache oder nicht schlüssige Evidenz über leistungsabhängige Vergütung.

Fünf Publikationen haben einen klaren Bezug zu DMP (Bruin et al., 2011; Gupta & Ayles, 2019, 2020; Houle et al., 2012; Yuan et al., 2017b). Ein wesentlicher Grund für fehlende Bezüge zu Disease-Management-Programmen dürfte sein, dass diese häufig als von Pay-for-Performance unabhängige Alternativmaßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen angesehen werden. Zusammenfassend kann basierend auf diesen fünf Studien mit speziellem Bezug zu DMP gesagt werden, dass Pay-for-Performance-Anreize im Bereich der Disease-Management-Programme nur selten Anwendung finden und keine verlässlichen Informationen über deren Auswirkungen auf die Kosten und die Qualität vorliegen (Bruin et al., 2011; Houle et al., 2012). Darüber hinaus scheint unklar, welche Parameter für die Messung der Performance herangezogen werden sollen (Gupta & Ayles, 2019). Ergebnisse eines Cochrane-Reviews über Zahlungsmethoden im niedergelassenen Bereich deuten darauf hin, dass Pay-for-Performance speziell im Bereich chronischer Erkrankungen zu einer Verbesserung des Angebots an Tests und Behandlungen seitens der Ärzteschaft beitragen könnte, dass aber vermutlich nur geringfügige Auswirkungen auf das Nutzungsverhalten der Patientinnen und Patienten oder die Behandlungsergebnisse zu erwarten wären (Yuan et al., 2017b). Einhellig betonen alle Übersichtsarbeiten den Bedarf an mehr und beweiskräftigeren Studien zur Effektivität und Kosteneffektivität.

Czypionka, Kraus & Kronemann (2015) zeigen in ihrem europäischen Vergleich zu Bezahlungssystemen in der Primärversorgung, dass Pay-for-Performance eher wenig eingesetzt wird. Als Grund wird angeführt, „dass die meisten Länder anders als das Vereinigte Königreich die Vergütung der Ärzte nicht massiv aufstocken wollten, sondern mehr eine Substitution anstreben“ (Czypionka, Kraus & Kronemann, 2015).

4.1.3. Ressourcengenerierung und Allokation

Weitere Anreize können für Kostenträger im Zusammenhang mit dem Management von Menschen mit chronischen Krankheiten entstehen, insbesondere in Ländern mit konkurrierenden Kostenträgern. Die Kostenträger können entweder ihre finanziellen Ressourcen direkt von der Bevölkerung (d. h. die Ressourcenströme B und C in Abbildung 1 sind nicht getrennt) bekommen oder die Zahler erhalten ihre finanziellen Mittel aus gepoolten Ressourcen.

In der ersten Situation werden die Mittel, die den Kostenträgern zugewiesen werden, entweder risikoabhängig sein und chronisch Kranke sind damit aufgrund hoher Prämien benachteiligt, oder nicht risikobezogen, was zu ähnlichen Beiträgen für Menschen mit und ohne chronische Erkrankungen führt. Für die Versicherer besteht hier der Anreiz, Risiken zu vermeiden und damit weniger die Motivation, ein attraktives, hochwertiges chronisches Disease-Management anzubieten.

In der zweiten Situation hängt die Attraktivität der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen davon ab, ob die Prävalenz von Morbidität oder chronischen Erkrankungen in die Formel zur Berechnung der finanziellen Zuweisung an die Kostenträger einfließt. Die meisten Formeln haben traditionell lediglich soziodemographische

Parameter (z.B. Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus) und manchmal regionale Variablen einbezogen. Während dies in steuerfinanzierten Systemen ohne Wahl des Kostenträgers Regionen mit einem höheren Anteil chronisch kranker Personen benachteiligen kann, führt es nicht zu einer bewussten Selektion von Patientinnen und Patienten mit geringem Risiko. Es besteht dann jedoch auch kein Anreiz, in das Disease-Management chronischer Erkrankungen zu investieren und damit ggf. noch mehr chronisch Kranke anzuziehen. Länder wie die Niederlande, Belgien und Deutschland beziehen daher die Morbidität als Faktor in die Formeln ein, um die Zuweisungen an die Krankenkassen zu berechnen (van de Ven, Beck, van de Voorde, Wasem & Zmora, 2007).

4.1.4. Kostenbeteiligung und Direktzahlungen

Eine letzte Methode der Bezahlung für die Betreuung chronisch kranker Personen ist die Zuzahlung der Patientinnen und Patienten (Ressourcenfluss A in Abbildung 1). Studien haben gezeigt, dass Zuzahlungen eine eher gute Versorgung bei chronischen Krankheiten, insbesondere bei einkommensschwachen Gruppen behindern (Goldman, Joyce & Zheng, 2007; Keeler, Brook, Goldberg, Kamberg & Newhouse, 1985; Lurie, Kamberg, Brook, Keeler & Newhouse, 1989). Finanzielle Anreize in Form von geringeren Zuzahlungen durch die Patientinnen und Patienten oder einen geringeren Beitragssatz können die Teilnahmebereitschaft erhöhen. Die Wirksamkeit solcher Programme hängt davon ab, ob die Patientinnen und Patienten die geringere Zuzahlung oder die reduzierten Kosten bzw. den reduzierten Beitragssatz als Signal für geringere Qualität und Wertigkeit interpretieren, oder ob sie hauptsächlich von den Preissignalen beeinflusst und dadurch zu solchen Programmen hingezogen werden.

	Struktur	Verfahren	Ergebnis
Zweck der finanziellen Anreize	• DMPs zu implementieren • Patientinnen und Patienten zu rekrutieren • Patientinnen und Patienten in DMPs einzuschreiben • "Integrierte" Versorgungsformen einführen (meist Pakete, die über institutionelle/ sektorale Grenzen hinausgehen)	• Patientinnen und Patienten für eine bestimmte Zeit im DMP zu halten • Sicherstellen, dass die in den DMP festgelegten Versorgungsprotokolle eingehalten werden (z. B. Begegnungen mit einem bestimmten Anbieter, über x Monate) • Zum Erreichen vordefinierter Ziele bei Prozessmaßnahmen (z. B. Anteil der Patientinnen und Patienten die mit einem bestimmten Medikament behandelt werden)	• Um vordefinierte Ziele zu erreichen (z. B. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Ergebnis x) • Um die besten y% der Anbieter bei einem Indikator zu belohnen
Zweck weitere Regelungen	• Implementierung von Systemen des internen Qualitätsmanagement • Strukturelle Anforderungen zu detaillieren • Zur Implementierung von Systemen zur Datenerfassung	• Um evidenzbasierte Standards zu etablieren (d. h. klinische Praxis Leitlinien) • Implementierung/ Mandatierung von Zielen für Prozess-Qualitätsmessungen • Einigung auf ein Mindest-Volumen von Dienstleistungen	• Um Ziele zu implementieren/ mandatieren auf Gesundheitsergebnissen und/oder Patientenzufriedenheit

Abbildung 2: Zweck der finanziellen Anreize für die Versorgung chronischer Krankheiten (adaptiert von Busse & Mays, 2008)

4.2. Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in Österreich

4.2.1. Das Gesundheitssystem und Rahmenbedingungen

Das Gesundheitssystem in Österreich finanziert sich durch „eine Mischung aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen (18,37%), steuerfinanzierten öffentlichen Geldern (2018: 74,70%) und aus privaten Zuzahlungen (6,93%) in Form von direkten und indirekten Kostenbeteiligungen“ (BMSGPK, 2019; WHO, 2021). Durch diese solidarische Finanzierung wird ein gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen – unabhängig von Einkommen, Alter, Geschlecht oder Herkunft – sichergestellt. 2017 betrugen die nationalen Gesundheitsausgaben 10,4% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (BMASGK, 2019). In Österreich werden Personen auf Basis von Beruf und Wohnort einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugeordnet (Bachner et al., 2019). Die GKV deckt über 99 % der Bevölkerung ab (HVB, 2013). GKV-Mitglieder haben nicht die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Krankenkassen zu wählen. Die GKV-Beiträge werden auf Basis des Einkommens (7,65% des jährlichen Bruttoeinkommens) laut ASVG festgelegt und zwischen Arbeitgebenden und -nehmenden geteilt (Dienstnehmer: 3,87%, Dienstgeber: 3,78%) (BMASGK, 2019). Familienangehörige sind kostenlos mitversichert. Zuzahlungen gibt es hauptsächlich in Form von Rezeptgebühren für therapeutische Produkte und Behandlungsbeiträge.

Das Gesundheitssystem ist von der föderalen Struktur Österreichs, zahlreichen Agierenden auf den verschiedenen Gesetzgebungs- bzw. Verwaltungsebenen (Bund, Länder, Bezirke, Gemeinden) und der Selbstverwaltung (Sozialversicherung) geprägt (siehe dazu **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) ist mit 7,2 Millionen Versicherten (82% der Gesamtbevölkerung) die größte soziale Krankenversicherung in Österreich. Die ÖGK ist am 01.01.2020 durch die Fusion der neun ehemaligen Gebietskrankenkassen entstanden (ÖGK, o.D.b).



Abbildung 3: Zuständigkeiten im Gesundheitssystem in Österreich (BMASGK, 2019)

Finanzierungsströme und Vergütungsmechanismen sind im Anhang D und Anhang E ausführlich dargestellt. Der Bund ist für fast alle Bereiche des Systems zuständig – mit Ausnahme der Krankenhausversorgung, die an die Länder delegiert ist. Der Bund gibt den übergreifenden Rahmen per Grundgesetz vor, während die Länder die Umsetzung und den Vollzug regeln (Hofmarcher, 2013). „Die extramurale Versorgung wird durch Gesamtverträge geregelt, die zwischen Krankenversicherungsträgern (durch den HVB) und Ärztekammern verhandelt werden“ (Bachner et al., 2019).

Gesundheitsdienstleistungen werden von einer Mischung aus öffentlichen und privaten Anbieterinnen bzw. Anbietern erbracht. Die Erbringung der ambulanten Versorgung ist in vier Säulen organisiert: niedergelassene Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte, die typischerweise in Einzelpraxen arbeiten; Ambulatorien, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder in privater Praxis betrieben werden; Spitalsambulanzen und die ab 2010 eingeführten Gruppenpraxen (Hofmarcher, 2013). Die Honorierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgt durch ein gemischtes System, das auf der Honorierung von Leistungen plus einer Fallpauschale für Basisleistungen beruht (Mossialos, Allin & Ladurner, 2006). Der relative Anteil der beiden Komponenten variiert je nach Fachgebiet, wobei die Vergütung hochspezialisierter Ärztinnen und Ärzte wie z.B. aus dem Bereich der Radiologie fast vollständig auf Basis einer Einzelleistungsvergütung verrechnet wird (Hofmarcher, 2013).

Patientinnen und Patienten haben prinzipiell die freie Wahl, niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einer Krankenkasse, Primärversorgungseinheiten oder (Krankenhaus-)Ambulanzen zu besuchen. Es besteht auch die Möglichkeit, nicht vertragsärztliche Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (Wahlärzteschaft) zu konsultieren. Die Kostenerstattung beträgt 80% des Betrages, der dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragspartners entstanden wäre (Bachner et al., 2019).

Krankenhäuser sind im Besitz und werden von einer Vielzahl von öffentlichen Einrichtungen wie z.B. Land, Bund oder Sozialversicherungen (54% der Krankenanstalten und 70% der Spitalsbetten) sowie gewinnorientierten oder gemeinnützigen privaten Organisationen wie

Ordensspitälern, Stiftungen oder Privatgesellschaften (45% der Krankenanstalten und 21% der Betten) betrieben (BMASGK, 2019). Dabei werden 79% der Betten von gemeinnützigen Spitälern (55% aller Krankenanstalten) und 21% von gewinnorientierten Krankenhäusern (45%) gestellt.

Die Mittel des Bundes für die Spitalsfinanzierung (Umsatzsteueranteile und sonstige Beiträge) werden in die auf Bundesebene eingerichtete Bundesgesundheitsagentur eingezahlt. Diese verteilt die Mittel an die neun Landesgesundheitsfonds in den Bundesländern. Diese Landesgesundheitsfonds finanzieren die Fondsspitäler aus Mitteln der Beiträge zur sozialen Krankenversicherung, aus Steuermitteln, allfälligen sonstigen Beiträgen der Länder und der Gemeinden sowie aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur (BMSGPK, 2021). Seit 1997 ist etwa die Hälfte der laufenden Kosten der Krankenhäuser durch die tätigkeitsbezogene Finanzierung, die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), einer modifizierten Version der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs), abgedeckt worden. Investitionen werden überwiegend von den Trägern bzw. Betreibern entschieden. Die im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte (60% der österreichischen Ärzteschaft) sind fest angestellt (WHO, 2014).

4.2.2. Gesundheitsreformen mit Relevanz für chronische Krankheiten

Ein wesentliches Merkmal des österreichischen Gesundheitswesens ist die große Anzahl von Agierenden, die an der Finanzierung bzw. Erbringung von Leistungen beteiligt sind. In den letzten Jahren gab es jedoch verstärkte Anstrengungen, die Effektivität der Entscheidungsfindung und Finanzierungsströme über die verschiedenen Sektoren hinweg zu verbessern. Ein wichtiger Schritt war die Gesundheitsreform von 2005, die darauf abzielte, die Koordination der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens zu verbessern sowie die Steigerung der Qualität der Gesundheitsversorgung zu sichern (Hofmarcher & Rack, 2006). Die Notwendigkeit der Implementierung von bundesweiten Standards für die Versorgung chronisch Kranker wurde erkannt. Im Jahr 2006 wurden neun Landesgesundheitsfonds mit den Landesgesundheitsplattformen als deren ausführende Stelle eingerichtet. Damit war auch die Schaffung von Finanzpools auf Landesebene (Reformpool) zur Förderung der Koordination und Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbunden. Diese Kooperation war Teil der Gesetzgebung in Art. 15a BV-G über Organisation und Finanzierung Gesundheitswesen. Die meisten aktuellen (neuartigen) Ansätze zur chronischen Versorgung wie das strukturierte Disease-Management sind aus Reformpool-Projekten hervorgegangen.

Im Jahr 2006 hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger das Kompetenzzentrum für Integrierte Versorgung (CCIV – Competence Center integrierte Versorgung) als Anlaufstelle und Zentrum für die Koordination zwischen Versicherten (insbesondere Personen mit chronischen Erkrankungen), gesetzlichen Krankenkassen und Vertragspartnern eingerichtet (CCIV, 2022). Seit 2008 im Routinebetrieb, ist das CCIV an der Entwicklung von strukturierten Ansätzen zum Disease-Management beteiligt, u. a. mit dem bundesweiten Roll-out des DMP für Typ-2-Diabetes (CCIV & MUG, 2019; MUG, 2017).

4.2.3. Pilotprojekte Disease-Management Chronische Herzinsuffizienz

DMPs zur CHI in Österreich gibt es in sechs Bundesländern: Tirol (HerzMobil Tirol), Kärnten (KardioMobil Kärnten), Niederösterreich (Krems Modell), Salzburg (KardioMobil Salzburg), Steiermark (HerzMobil Steiermark) und Oberösterreich (KardioStabil Braunau, IVH-OÖ-

Pilot). Tabelle 3 gibt einen Überblick zu den genannten Projekten und Anhang A bietet einen Überblick der vom CCIV zur Verfügung gestellten Literaturquellen zu DMP CHI in Österreich.

Die meisten Programme kombinieren entweder Hausbesuche (HerzMobil Tirol/Stmk) oder klinikbasierte (Kremser Modell, KardioStabil Braunau) und telemedizinische Betreuung. Die telemedizinische Betreuung umfasst regelmäßige Telefonkontakte mit Patientinnen und Patienten (Kremser Modell, KardioStabil Braunau) oder mobiltelefonbasierte Home-Telemonitoring-Systeme (HerzMobil Tirol/Stmk). HerzMobil Tirol implementiert auch ein breites Netzwerk von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für die häusliche Versorgung. KardioMobil Salzburg und Kärnten ist primär als pflegebasiertes Hausbesuchsprogramm konzipiert und das IVH OÖ-Pilot entspricht konzeptionell einem häuslichen und niedergelassenen Programm (Poelzl et al., 2020).

Das primäre Ziel aller Programme ist es, eine Wiederaufnahme nach dem Krankenhausaufenthalt, wegen akuter Herzinsuffizienz, zu verhindern (Übergangspflege-Interventionen). Die Programme und Projekte sind auf die Transitionsphase nach akutstationärer Behandlung (von Akut- zur Primärversorgung) ausgerichtet. Ein weiteres Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität.

Im Endbericht der EPIG GmbH zum Teilkonzept „Evaluation“ wurde bereits die Evaluation der bestehenden österreichischen Disease-Management-Programme untersucht (EPIG, 2020). Man kommt zu dem Schluss, dass aktuelle DMPs zu den chronischen Erkrankungen Diabetes mellitus und chronische Herzinsuffizienz in sehr heterogenem Ausmaß evaluiert wurden. Die Evaluationen reichen von Beobachtungsstudien bis hin zu Cluster-randomisierten kontrollierten Studien mittels Primärdaten aus direkten Erhebungen, aber auch Routinedaten aus der Leistungsverrechnung aus dem ambulanten und stationären Bereich. Es wurde eine Übersichtsarbeit zur CHI identifiziert (Poelzl et al., 2020).

Informationen zur Finanzierung der DMP CHI-Pilotprojekte sind zum Teil öffentlich schwer zugänglich. Die bisher im Rahmen dieses Projekts identifizierten und extrahierten Informationen zu den österreichischen Projekten sind in Tabelle 3, mit einer kurzen Beschreibung des Programms, dem Anbieter, der Förderung und der zukünftigen Ausrichtung, zusammengefasst. Tabelle 5 fasst die vom Auftraggeber zur Verfügung gestellte Literatur zu den (Pilot-)Projekten Disease-Management chronische Herzinsuffizienz in Österreich zusammen und gibt Autorinnen und Autoren, Jahr, das DMP, die Region, den entsprechenden Dokumententyp, den Titel und eine kurze Beschreibung der genannten Finanzierungsaspekte wieder.

Tabelle 3: Übersicht Disease-Management-Programme Chronische Herzinsuffizienz in Österreich (adaptiert/ergänzt von Poelzl et al., 2020)

Beschreibung	Anbieter	Finanzierung/Förderungen	Zukünftige Ausrichtung
KardioMobil Kärnten (KABEG, o.D., 2020) Gründung: 01/2019 kardiologie.klagenfurt@kabeg.at Dr. Hannes Alber hannes.alber@kabeg.at DGKP Renate De Grandis renaite.degrandis@kabeg.at	KABEG beauftragt und autorisiert durch den Gesundheitsfonds Kärnten	Projektförderung (zwei Jahre) durch den Gesundheitsfonds Kärnten Förderung: 70.000 EUR (KGF, o.D.)	Projektbewertung im Jahr 2021 Etablierung des DMP Ausweitung der Einbeziehung von ambulanten und stationären Patienten aus überweisen den Krankenhäusern
Kremser Modell (Böhmer et al., 2011) Pilotprojekt gestartet 2006, Programm etabliert 2008 armin.boehmer@kreams.lknoe.at	NÖGUS, Universitätsklinikum Kreams	Finanzierung des Programms (20 Arztstunden/Woche und 40 Pflegekraftstunden/Woche) durch NÖGUS	Aufrechterhaltung der etablierten Qualität Nachdem diese Betreuungsform am LK Kreams in den Regelbetrieb aufgenommen wurde, war eine Ausweitung auf das gesamte Bundesland Niederösterreich geplant. (Böhmer et al., 2011)

Beschreibung	Anbieter	Finanzierung/Förderungen	Zukünftige Ausrichtung
KardioMobil Salzburg (AVOS & ÖGK, o.D.) Programm 2008 etabliert DGKP Gerlinde Weiser-Sandhoff (Programmmanagement und Pflege) weiser-sandhoff@avos.at DGKP Margret Fritsch (Leitung KardioMobil Pflege) frisch@avos.at	Pflegepersonalbasiertes, multidisziplinäres Hausbesuchsprogramm: - Schulung und Beratung für Erkrankte und Angehörige durch eine spezialisierte Pflegekraft im familiären Umfeld, - Drei Hausbesuche der Pflegekraft zur Erhebung der Vitalparameter und Unterstützung im Umgang mit der Krankheit, - Selbstmanagement und steigende Selbstverantwortung der Patientenschaft, - Betreuung zu Hause (KardioMobil App), - Optimierung der Behandlung anhand von Leitlinien, - Kontakt durch die Pflegekraft auch nach Betreuungsende.	Programmförderung durch Land Salzburg und Krankenkassen 70:30 Öffentliche Finanzierung 2/3 Land 1/3 SGKK (ab 2020 ÖGK), € 70.000 bis 100.000 pro Jahr. Vom Verein AVOS organisiert mit Finanzierung durch das Land Salzburg und die ÖGK. Zusätzliche Partner sind SVS und BVAEB	Integration einer telemedizinischen Komponente Elektronische Anbindung an alle Krankenhäuser Etablierung von Netzwerken von niedergelassenen Ärzten und Fortbildung Definition einer genauen Programmdauer
HerzMobil Stmk (Medizin-Portal der KAGES, 2018; Modre-Osprian, 2016a, 2018a) Pilotprojekt gestartet im April 2017, Programmausrollung gestartet im Januar 2019 www.herzmobil-steiermark.at bernadette.taucher@kages.at	KAGES beauftragt und autorisiert durch den Gesundheitsfonds Steiermark, Vereinbarung mit ÖGK	ÖGK übernimmt: Pauschalvergütung von Netzwerkärzten pro Patient (320 EUR, i.d.R. drei Monate, drei bis vier Ordinationen, virtuelle Kontrolle; einmalige Verlängerung drei weitere Monate möglich), Kostendeckung der Programm-Infrastruktur (Land Stmk), Kosten mobile Betreuung durch HI-Pflegepersonal zwischen Gesundheitsfonds Stmk und SV zu jeweils 50% getragen. Die telemedizinische Lösung sowie die technische Betreuung kommen von Austrian Institute of Technology (AIT) und telbiomed Medizintechnik und IT Service in Zusammenarbeit mit der KAGES.	Evaluation des Projekts und schrittweise Einbeziehung aller Regionen in der Steiermark Sukzessive Erhöhung der Anzahl betreuter Patienten Integration und Etablierung von niedergelassenen Ärzten Anbindung von HerzMobil Stmk an ELGA

Beschreibung	Anbieter	Finanzierung/Förderungen	Zukünftige Ausrichtung
HerzMobil Tirol (Modre-Osprian, 2016a, 2018a) Pilotprojekt startete 2012, Programm etabliert im Juli 2017 www.herzmobil-tirol.at andreas.huber@tirol-kliniken.at; gerhard.poelz@tirol-kliniken.at; bettina.fetz@tirol-kliniken.at	Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, Tirol Kliniken beauftragt und autorisiert durch den Tiroler Gesundheitsfonds	Initiative des Landes Tirol und der Sozialversicherungsträger TGKK/ÖGK, BVAEB, SVS Festgelegte Pauschalvergütung von Netzwerkärzten pro Patient über 315 EUR für vier Besuche, die telemedizinische Betreuung und einer Verpflichtung zur Weiterbildung über Zusatzverträge (Vertragsärzte) bzw. Sonderverträge (Wahlärzte). Kosten für spezialisierte Pflege (Herzinsuffizienzberatung) werden vom Tiroler Gesundheitsfonds und den Sozialversicherungsträgern 50:50 übernommen. (Amt der Tiroler Landesregierung, 2019), Kosten für die Programm-IT-Infrastruktur liegen bei ca. 500 EUR pro Patient. Die Kosten für die Koordination übernimmt der Tiroler Gesundheitsfonds. Vollkosten für die Betreuung eines Patienten über das dreimonatige Programm liegen nach Schätzungen bei 1.800 bis 2.500 EUR. Die telemedizinische Lösung liefert das Austrian Institute of Technology (AIT).	Schrittweise Einbeziehung aller Regionen Tirols; aktueller Stand: fünf von neun Regionen einbezogen (Fertigstellung voraussichtlich bis Ende 2021) Implementierung eines kardialen Rehabilitations-Programms Anbindung von HerzMobil Tirol an ELGA (LIV, o.D.) Erweiterung von HerzMobil zu einem umfassenden Management Programm kardiovaskulärer Erkrankungen (Bluthochdruck, KHK, periphere arterielle Verschlusskrankheit) (Amt der Tiroler Landesregierung, 2019) Ausweitung von HerzMobil auf stationäre Altenpflegeheime

	Beschreibung	Anbieter	Finanzierung/Förderungen	Zukünftige Ausrichtung
KardioStabil Braunau (Krankenhaus St. Josef Braunau, o.D.) Gründung: 10/2017 Johann.auer@khbr.at	Hybridmodell; Klinik und telemedizinische Betreuung: • Schulung der Patienten und bei Bedarf der Angehörigen durch speziell geschulte Pflegekräfte (vierköpfiges Team an Heart Failure Nurses) am Krankenbett, • Tägliche Selbsteintragung von Vitalparametern (Blutdruck, Puls, Medikamenteneinnahme, Flüssigkeitsaufnahme, Gewicht) in ein Protokollblatt, • Telefonische Nachbetreuung und Optimierung der Medikamente und anschließend • Besuche bei Haus- und Fachärzten.	KH St. Josef Braunau	Eigeninitiative der Kardiologischen Abteilung des Krankenhauses, Projektförderung durch den örtlichen Krankenhausbetreiber	Integration des Projekts in ein überregionales Programm, das durch das Land Oberösterreich und die OÖGKK (ab 2020 ÖGK) gefördert wird
IVH-OÖ-Pilot (ÖGK, o.D.a) Gründung: 01/2017 birgit.otruba@oegk.at	Kombination aus häuslicher und niedergelassener Betreuung durch ein multidisziplinäres Team: • Medizinische Betreuung und Enduntersuchung nach 12 Monaten in der KH-Ambulanz, • Vierteljährliche Kontrollen beim einschreibenden Arzt auch nach Ablauf der Beobachtungsdauer von 12 Monaten, • Gruppenschulungen, • Spezifische Besuche der Hauskrankenpflege, • Informationsmaterial, • Tagebuch von erkrankten Personen, • Fortbildung für Ärzteschaft und Hauskrankenpflege, • Vernetzungsmöglichkeit für Ärzteschaft im Projekt mit HI-Experten in den teilnehmenden Krankenhäusern, • Schulung von Patienten und Angehörigen, • Optimierung der Behandlung anhand von Leitlinien.	OÖGKK (ab 2020 ÖGK)	Projektförderung durch Land Oberösterreich /OÖGKK (ab 2020 ÖGK) 50:50 (ÖGK, 2020) Tarif für Erstuntersuchung: 46,90 EUR Tarif für vierteljährliche Untersuchung: 20,95 EUR	Projektauvaluierung im Jahr 2020 und Entscheidung durch ÖGK/Land OÖ. für die Erarbeitung eines Ausrollungskonzepts auf Basis des Piloten ab Januar 2021 mit Ausrollungsstart ab 2023, Patientenschulung auch außerhalb der Krankenhäuser; evtl. per Telefon in kleinen Einheiten, definierte jährliche Kontrolle beim Internisten, keine jährliche Untersuchung in der Ambulanz Zusätzliche Einbeziehung der Nahtstellen Kardiologische Rehabilitation und Bewegungsangebote, Überprüfung einer zusätzlichen telemedizinischen Option für das HI-Tagebuch

Alle Programme sind ausgerichtet auf die Transitionsphase nach akutstationärer Behandlung (von Akut- zur Primärversorgung). OÖGKK – vormals Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Mein Gesundheitszentrum für physikalische Medizin und Rehabilitation Linz jetzt Österreichische Gesundheitskasse Landesstelle Oberösterreich, SGKK – vormals Salzburger Gebietskrankenkasse jetzt Österreichische Gesundheitskasse Landesstelle Salzburg, StGKK – vormals Steiermärkische Gebietskrankenkasse jetzt Österreichische Gesundheitskasse Landesstelle Steiermark,, TGKK – vormals Tiroler Gebietskrankenkasse jetzt Österreichische Gesundheitskasse Landesstelle Tirol

4.2.4. Bisherige Erkenntnisse und Empfehlungen aus Vorarbeiten im Teilkonzept DMP CHI „Qualitäts- und Risikomanagement“

Im Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“ (vgl. Teil VI) wurden folgende Empfehlungen abgegeben, die Einfluss auf das Finanzierungskonzept haben: Ergebnisqualitätsindikatoren – wie Mortalitäts- und Hospitalisierungsraten – sollten im Rahmen der Evaluierung auf der Ebene des Gesamtprogramms und nicht auf jener der einzelnen Gesundheitsdienstleister gemessen werden. Strukturqualitätskriterien und Fortbildungserfordernisse sollten durch ein Zertifizierungssystem und nicht durch die datenbasierte Qualitätssicherung abgedeckt werden. Im Bericht wird festgestellt, dass die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen im österreichischen Gesundheitssystem für strukturierte Behandlungsprogramme nur bedingt geeignet sind. „Die Grundlage für eine DMP-konforme Leistungsvergütung kann in der aktuellen gesetzlichen und vertraglichen Situation nur durch Zusatzvereinbarungen zur Honorarordnung zwischen Krankenkassen und Ärztekammer erreicht werden“ (Teil VI, Abschnitt Empfehlungen). Vor diesem Hintergrund wird im Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“ empfohlen, das Disease-Management-Programm in Form von selektivvertraglicher Vergütungsregelung und eines Einschreibesystems für die Patientinnen und Patienten zu realisieren.

4.2.5. Bisherige Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Pilotprojekten DMP CHI- Ergebnisse des Workshops mit Expertinnen und Experten

In Österreich bestehende regionale Disease-Management-Programme für chronische Herzinsuffizienz beziehen sich durchwegs auf die Transitionsphase nach akutstationärer Behandlung. Das Gesamtkonzept für ein österreichweites Disease-Management-Programm ist in der Zielpopulation dagegen wesentlich umfassender und vorwiegend primärversorgungsorientiert konzipiert (Buchberger, Stummer, Stojkov & Conrads-Frank, 2020; Poelzl et al., 2020). Dies gilt ebenso für telemedizinische Komponenten, die im Rahmen der vorgesehenen Behandlungspfade physische Visiten ergänzen oder ersetzen können. Vor diesem Hintergrund sind bisherige Erfahrungen zu Ressourceninanspruchnahme wichtig, aber nicht ausreichend. Rückschlüsse aus den bestehenden zumeist projektbasierten Vergütungsmodellen auf Teilnehmerinnen- und Teilnehmerzahlen und Qualitätskennzahlen sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Im Expertenmeeting mit Vertreterinnen und Vertretern aus den österreichischen Pilotprojekten und dem niedergelassenen Bereich der Hausärztinnen und Hausärzte wurden jedoch folgende wichtige Erfahrungen hinsichtlich Vergütung, Organisation und Teilnahme, Anreize sowie Vorteile für Patientinnen und Patienten zusammengetragen:

Den Hausärztinnen und Hausärzten ist es ein großes Anliegen, eingebunden zu sein, so wie es derzeit auch im medizinischen Konzept vorgesehen ist. Analog zum bereits etablierten DMP Therapie Aktiv für Personen mit Typ-2-Diabetes sollten Hausärztinnen und Hausärzte die Case-Management-Funktion übernehmen. Aus dem DMP Therapie Aktiv wird von den anwesenden Expertinnen und Experten berichtet, dass der zusätzliche Aufwand derzeit adäquat vergütet wird. Die ärztlichen Honorarnoten im DMP Therapie Aktiv sind in den österreichischen Bundesländern unterschiedlich geregelt, da diese mit den jeweiligen Landesärztekammern verhandelt wurden. Im bundesweiten Durchschnitt ergeben sich dementsprechend folgende Beträge: Diabetes – Erstbetreuung Durchschnittstarif € 60,00, Dauer 40 Minuten; Diabetes – Quartalscheck Durchschnittstarif € 28,00, Dauer 10 Minuten; Diabetes – Jahrescheck Durchschnittstarif € 46,00, Dauer 25 Minuten. Die Schulung nichtinsulinpflichtiger Patientinnen und Patienten wird im Schnitt mit € 727 honoriert (pro Kopf €

60,60 bei max. 12 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern). Die Schulung für insulinpflichtige Patientinnen und Patienten wird im bundesweiten Mittel insgesamt mit € 1.021 vergütet. Bei einer maximalen Teilnehmerzahl von fünf Personen ergibt sich somit eine Vergütung von € 204. Die Dokumentation gemäß Dokumentationsblatt ist im DMP Therapie Aktiv die Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen. Es wird jedoch auch berichtet, dass das Programm teilweise aufgrund der aufwendigen Dokumentation auf Widerstand stößt. Demgegenüber werden Vorteile aufgezeigt, z.B. dass den Ärztinnen und Ärzten aus den erhobenen Daten rückgemeldet wird, welche Patientinnen und Patienten mehr Betreuung benötigen und inwieweit Zielwerte erreicht werden. Diese Feedbackschleife kann somit als nichtfinanzieller Anreiz für die betreuende Fachdisziplin gesehen werden. Für ein DMP CHI wird die Frage aufgebracht, ob auch die Wahlärzteschaft mit eingebunden werden sollte.

Durch das Case-Management und die Abstimmung der betreuenden Fachdisziplinen auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten (inklusive Terminvereinbarungen) werden diese organisatorisch entlastet. Die Erfahrungen aus den DMP CHI-Pilotprojekten haben gezeigt, dass für eine multiprofessionelle Betreuung durchgängige Verträge z.B. mit den Therapeutinnen und Therapeuten wichtig sind. Verträge durch die Kassen sollten so gestaltet sein, dass den Patientinnen und Patienten keine Mehrkosten entstehen.

Im Meeting mit Expertinnen und Experten wurde mehrfach genannt, dass die telemedizinische Komponente im DMP CHI von zentraler Bedeutung sein sollte. Hiermit ist ein technischer und organisatorischer Mehraufwand verbunden. Als wichtig wird auch hervorgehoben, dass mit einer gemeinsamen Dokumentation, durch die verschiedenen Versorgungsinstitutionen, Überschneidungen von Datenerhebungen verhindert werden sollten. Die Einrichtung einer zentralen Koordinationsstelle für Patientinnen und Patienten sowie den betreuenden Fachdisziplinen hat sich in Pilotprojekten bewährt. Die hierfür notwendigen zusätzlichen Mittel sind entsprechend zu berücksichtigen.

Schulungen für die verschiedenen Fachdisziplinen werden beispielsweise im DMP-Projekt HerzMobil Tirol in ein bis zwei Qualitätszirkeln pro Jahr durchgeführt. Patientinnen und Patienten werden ebenfalls im Umgang mit ihrer Erkrankung und der medizinischen Geräte geschult. Hier wäre zukünftig eine niederschwellige bedarfsabhängige Nachschulung wichtig. Zusätzliche Aufwendungen für Schulungen sollten zukünftig berücksichtigt werden (siehe auch die Honorierung im deutschen Kontext, Abschnitt 4.3.3).

Hinsichtlich der Anreizsysteme für Patientinnen und Patienten gab es keine einheitlichen Meinungen unter den Expertinnen und Experten. Ein Bonussystem wie beispielsweise in Deutschland, eine Reduktion der Selbstbehalte ähnlich dem Modell der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) und Nudging-Studien wurden angesprochen. Wichtig ist, dass Anreize langfristig orientiert sind und individuell angepasste Zielvorgaben erstellt werden. Es wird jedoch auch festgestellt, dass Personen in diesen Programmen bereits nicht-finanzielle Anreize im Sinne von Gratisschulung, Gewinn an Lebensqualität ggf. Lebenszeit, bessere Betreuungsmöglichkeiten durch ein integriertes System und weniger Krankenhausaufenthalte erfahren. Diese nicht monetären Anreize müssen den Patientinnen und Patienten ausreichend nähergebracht werden.

4.3. Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in Deutschland

4.3.1. Das Gesundheitssystem und Rahmenbedingungen

Das deutsche Gesundheitssystem finanziert sich hauptsächlich aus Pflichtbeiträgen der Versicherten, die durch öffentliche Zuschüsse und private Zuzahlungen ergänzt werden. Seit 2009 sind alle Einwohnerinnen bzw. Einwohner verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die Mehrzahl der Deutschen ist Mitglied in einer der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Alternativ besteht für bestimmte Berufsgruppen die Möglichkeit, sich in einer privaten Krankenversicherung zu versichern (PKV). GKV-Beiträge sind einkommensabhängig und werden zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer geteilt (WHO, 2014).

Es gibt verschiedene Arten von GKV-Kassen. Seit 1993 (wirksam ab 1996) kann jeder Bewohner und jede Bewohnerin eine beliebige Krankenkasse wählen (mit einigen Einschränkungen), wobei 1994 ein Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt wurde, um die Unterschiede in den Versichertenzahlen der verschiedenen Kassen auszugleichen. Ursprünglich zunächst nur um Alter, Geschlecht und Arbeitsunfähigkeit zu bereinigen, erhalten die Krankenkassen seit 2009 zentral zugewiesene risikoadjustierte Beiträge auf Basis der Morbidität (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

Im System der GKV ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das höchste Entscheidungsgremium. Er setzt sich aus dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen und den Bundesverbänden der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (Ärzte- und Zahnärzteschaft sowie Krankenhäuser) zusammen. Patientenvertreter sind beratend beteiligt. Die Regulierung des Gesundheitswesens ist in die Gesetzgebung eingebettet, die im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt ist. Viele Aufgaben sind an die verschiedenen Verwaltungsebenen delegiert. So liegt die Zuständigkeit für die ambulante Versorgung in der GKV beispielsweise bei den kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundes- und Landesebene und die Regulierung der Krankenhäuser in der Zuständigkeit der Bundesländer.

4.3.2. Rahmenbedingungen für DMP und Risikostrukturausgleich

Disease-Management-Programme wurden im Jahr 2002 mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingeführt. Die gesundheitspolitische Reform erfolgte vor dem Hintergrund, dass statistischen Erhebungen zufolge 80% der Ausgaben im Gesundheitswesen auf ca. 20% der Versicherten entfallen, von denen die meisten an einer chronischen Erkrankung leiden (KBV, 2020).

Vor Einführung der Reform war ein gezieltes Versorgungsmanagement für bestimmte Krankheitsgruppen schwierig, da die Attraktivität bei Patientinnen und Patienten mit dem Risiko hoher zusätzlicher Kosten für die Krankenkassen verbunden war.

Mit Einführung der DMP wurde auch eine Reform des Risikostrukturausgleichs hinsichtlich einer zielgenaueren Umverteilung und versorgungsorientierten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs durchgeführt.

Der Strukturausgleich wurde mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) und der damit verbundenen Einführung eines „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ sowie des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 weiterentwickelt. Die Krankenkassen erhalten seither für jede Versicherte bzw. jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben. Es

gibt zusätzlich Zu- bzw. Abschläge zum Ausgleich des je nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Der höhere Versorgungsbedarf bei ausgewählten schwerwiegenden und kostenintensiven chronischen Krankheiten wird nunmehr berücksichtigt. Die Morbiditätszuschläge für die berücksichtigungsfähigen Krankheiten werden – unabhängig von der Teilnahme an einem DMP – gewährt (KBV, 2020).

4.3.3. Disease-Management-Programme: Beispiele, rechtliche Grundlagen und Organisation

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ist nach § 137g Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zentral für die Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme zuständig. Dadurch soll eine bundesweit einheitliche Verfahrensweise und die neutrale Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen gewährleistet werden“ (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2020).

Die Richtlinien zu wesentlichen Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen werden seit 2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Zu den Zulassungsanforderungen gehören die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Evidenz, die „Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein DMP, einschließlich der Dauer der Teilnahme, Schulungen der Ärztinnen und Ärzte und der Versicherten, Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie Evaluation der DMP“ (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021). Voraussetzung für die Aufrechterhaltung einer DMP-Zulassung ist die regelmäßige Evaluation der Krankenkassen. Das BAS prüft, ob alle Krankenkassen diese Evaluationen durchführen.

In Deutschland gibt es folgende DMPs: Diabetes mellitus Typ 2 (seit Juli 2002), Brustkrebs (seit Juli 2002), Koronare Herzkrankheit (KHK, seit Mai 2003), Diabetes mellitus Typ 1 (seit März 2004), Asthma bronchiale (seit Januar 2005), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, seit Januar 2005) (KBV, 2020).

Das Disease-Management-Programm für Personen mit chronischer Herzinsuffizienz wurde 2018 im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen und befindet sich aktuell in der Vorbereitung. 2019 wurde das DMP für Koronare Herzerkrankung aktualisiert (KBV, 2020).

Die Umsetzung der DMP erfolgt durch die Krankenkassen auf Basis von regionalen Verträgen mit den Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern (Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Krankenhäuser) (AOK, 2021; KVH, 2021; KVHB, 2021). Laut Bundesamt für Soziale Sicherung gibt es mit Stand 2020 insgesamt 8.955 Programmzulassungen (Anzahl der teilnehmenden Krankenkassen x Anzahl der teilnehmenden Regionen (max. 17)) mit über 8,5 Millionen eingeschriebenen Versicherten (davon 1,9 Millionen im KHK-Bereich), die zum Teil an mehr als einem DMP teilnehmen (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021).

Die Teilnahme an einem DMP ist nach gesicherter Diagnose durch das behandelnde ärztliche Personal für die Versicherten freiwillig und kostenlos. Hinsichtlich finanzieller Anreize für Versicherte hat die Krankenkasse im Rahmen der Wahltarife besondere Tarife anzubieten. „Die Krankenkassen können ihrerseits versuchen, durch effektive und effiziente Betreuung der Versicherten im DMP die tatsächlich anfallenden Kosten unter den für die Berechnung des Morbiditätszuschlags geschätzten Kosten zu halten. Effektiv gestaltete DMP

können dazu beitragen, die Einhebung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden und die Gesamtkosten pro Versicherten zu reduzieren. Sie können ferner als Wettbewerbsinstrument eingesetzt werden“ (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021).

Ziel der DMP ist es, eine Versorgungsstruktur über Sektorengrenzen hinweg umfassend sicherzustellen. Die Programme sind auf die Hausärzteschaft ausgerichtet, die in der Funktion der Koordination die erste Versorgungsebene (Ausnahme Diabetologie DMP Diabetes mellitus Typ 1) darstellt. Auf weiteren Ebenen sind Einrichtungen mit besonderen Versorgungsaufträgen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen beteiligt, wobei Schnittstellen durch Überweisungsregeln beschrieben werden. Die Vergütung von DMP-Leistungen ist im DMP-Vertrag geregelt, wobei nur die Leistungen abgerechnet werden können, für die eine Genehmigung ausgesprochen wurde. Honoriert werden nur vollständige und plausible Dokumentationen (KVHB, 2019, 2021). Für die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten bzw. des Versicherten, Erstellung sowie den Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch die koordinierende Ärztin bzw. den Arzt sowie ggf. (falls vorhanden) das Führen des Gesundheitspasses von Patientinnen und Patienten, werden beispielsweise 15 bis 20 Euro vergütet (KVHB, 2019) (siehe dazu Tabelle 4).

Generell erhalten die Krankenkassen zur Förderung der DMPs Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für alle eingeschriebenen Versicherten. Diese Programmkostenpauschale wird zur Deckung der Programmkosten für arztbezogene Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen und für kassenbezogene Aufwendungen wie Verwaltungskosten verwendet. Die Programmkostenpauschale beträgt 2021 pro eingeschriebenem Versicherten 145,44 Euro (KBV, 2020).

Für die chronische Herzinsuffizienz hat der G-BA Anforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme festgelegt, es wurden aber noch keine Zulassungsanträge gestellt (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2020). Derzeit werden die Voraussetzungen für eine Umsetzung der DMP Herzinsuffizienz geschaffen (Stand der bisher dem BAS – Bundesamt für soziale Sicherung vorliegenden Dokumente, siehe dazu (vdek, 2021)).

Tabelle 4: Beispiele der Vergütung von Zusatzleistungen in DMPs laut Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigungen

	Erstdok. ¹	Folgedok. ²	Mehrfach- einsch. ³	Folgedok., 2.- 3. DMP ⁴	Koord. ⁵	Mit- und Weiter- beh. ⁶	Behs.- und Schul.-prog. HT Pat. ⁷	Struktu- riertes HBSP ⁸	Modulare BP Schu- lung IPM ⁹	Kardio- Fit ¹⁰	Kardio-Fit Schulungs- material	Hypertonie Schulungs- material
Baden- Würt- temberg	€ 25,00	€ 15,00	€ 8,00			€ 32,00	€ 50,00		€ 2,00			
Berlin	€ 25,00	€ 15,00			€ 9,50	€ 12,00	€ 23,00	€ 23,00	€ 23,00	€ 23,00	€ 10,00	€ 9,00
Bremen	€ 20,00	€ 20,00			€ 10,00		€ 20,00	€ 20,00		€ 20,00	€ 9,55	
Hessen	€ 25,00	€ 15,00	€ 5,00	€ 2,50			€ 25,50	€ 25,50	€ 51,00	€ 25,50	€ 0,00	€ 0,00

¹**Erstdok.:** Erstdokumentation; Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation. ²**Folgedok.:** Folgedokumentationen (quartal); Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch ärztliches Fachpersonal. ³**Mehrfacheinschr.:** Mehrfacheinschreibung; Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung (für die Einschreibung in das zweite bzw. dritte DMP). ⁴**Folgedok., 2.- 3. DMP:** Folgedokumentationen; Erstellung und Versand der Folgedokumentation im zweiten bzw. dritten DMP. ⁵**Koord.:** Koordinierung; Für die Betreuung und Koordinierung der Behandlung des/der Versicherten durch den koordinierenden Arzt oder die Ärztin. ⁶**Mit- und Weiterbeh.:** Mit- und Weiterbehandlung; Information zu den Inhalten und zum Ablauf der zeitnahen Mit- und Weiterbehandlung; Übermittlung der relevanten Informationen an den Arzt oder die Ärztin. ⁷**Behs.- und Schul. Prog. HT Pat.:** Behandlungs- und Schulungsprogramm für Hypertonie-Erkrankte; vier Unterrichtseinheiten. Kleingruppen bis zu vier Personen. Erfolgt in wöchentlichem Abstand, sodass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. ⁸**Strukturiertes HBSP:** Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm, drei bis vier UE von 90 bis 120 Minuten; Dauer zusammen eine UE/Woche. Die Gruppen bestehen aus bis zu sechs Personen. ⁹**Modulare BP (Bluthochdruck)-Schulung IPM:** Das Schulungsprogramm umfasst fünf UE. ¹⁰**Kardio-Fit:** drei UE zusammen – eine UE/Woche. Die Gruppen bestehen aus bis zu sechs Personen.

DMP – Disease-Management-Programm; IPM – Institut für Präventive Medizin; Pat. – Patientinnen und Patienten; UE – Unterrichtseinheiten;

Quellen:

https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht_Vertrag/DMP_Koronare-Herzkrankheit_Vertrag.pdf

https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/vertraege_kv_berlin/disease-management-programme_dmp_koronaere_herzkrankheit_khk/dmp_khk_verguetungsvertrag2021.pdf

<https://www.kvhb.de/sites/default/files/verguetung-dmp.pdf>

<https://www.kbv.de/html/432.php>

4.3.4. DMP-Evaluationen und -Erfahrungen

In Deutschland gibt es derzeit noch kein DMP für CHI. Die nachfolgende Auswahl an Studienergebnissen bezieht sich daher beispielhaft auf das DMP koronare Herzkrankheit und den daraus entnommenen Erfahrungen zur Teilnahme, Effektivität und Selektion von Patientinnen und Patienten.

Evidenz zur Teilnahme und der Einfluss soziodemografischer Faktoren liefern beispielsweise die Studien von Bozorgmehr et al. (2015) und Röttger, Blümel & Busse (2017). Röttger et al. (2017) haben die selektive Aufnahme in DMP bei koronarer Herzkrankheit (DMP KHK) in Deutschland, basierend auf einer Querschnittserhebung bei 7.070 Patientinnen und Patienten einer deutschen Krankenkasse, erhoben. Ziel der Studie war es, Faktoren zu identifizieren, die mit der Einschreibung in DMP assoziiert sind. Soziodemografische und -ökonomische Faktoren wie das männliche Geschlecht, ein höheres Alter und der Bezug von Altersrente, ein höherer Charlson-Score, Typ-2-Diabetes und diagnostizierter Myokardinfarkt erhöhten die Wahrscheinlichkeit der Einschreibung in ein DMP KHK. Im Falle eines diagnostizierten Myokardinfarktes war die Assoziation mit der DMP-Einschreibung für Frauen stärker als für Männer. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, dass Frauen scheinbar einen schlechteren Krankheitszustand als Männer haben, wenn sie in ein DMP eingeschrieben werden. Bozorgmehr et al. haben soziale Ungleichheiten bei der DMP-Einschreibung bei 1.280 älteren KHK-Patientinnen und -Patienten in Deutschland untersucht. Männliche Patienten hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, sich in ein DMP einschreiben zu lassen. Das Bildungsniveau war nicht mit der DMP-Einschreibung assoziiert. Das Leben in mittelmäßig oder den am stärksten benachteiligten Gemeinden senkte die Wahrscheinlichkeit einer DMP-Einschreibung im Vergleich zum Leben in am wenigsten benachteiligten Gemeinden.

Die Auswirkungen der kontinuierlichen Teilnahme an einem DMP KHK nach akutem Myokardinfarkt auf die Einhaltung der in den Leitlinien empfohlenen Medikation, die Gesundheitsausgaben und das Überleben haben Kirsch et al. (2020) anhand von Daten von 15.360 Patientinnen und Patienten untersucht. Personen, die im DMP eingeschrieben waren, hielten sich stärker an die Medikation, senkten die Gesundheitsausgaben pro Tag und verringerten signifikant ihr Sterberisiko (basierend auf einer Überlebensanalyse), verglichen mit den nicht eingeschriebenen Patientinnen und Patienten. Fischer et al. (2021) konnten hingegen in einer Längsschnittstudie von 1.094 Patientinnen und Patienten mit Myokardinfarkt über zwei Jahre keine Assoziation zwischen der Einschreibung in ein DMP und einem niedrigeren Risiko für schwerwiegende unerwünschte kardiale Ereignisse zeigen.

4.4. Das Gesundheitssystem und Vergütungsmodelle in der Schweiz

Die Schweiz setzt sich aus 26 Kantonen zusammen und ist durch ein hohes Maß an politischer Dezentralisierung auszeichnet (Schweizerische Eidgenossenschaft, o.D.). Das Schweizer Gesundheitssystem wird hauptsächlich aus der öffentlichen bzw. staatlichen Finanzierung und obligatorischen Sozialversicherung finanziert (2018: 64,39%), ergänzt durch Out-of-Pocket-(OOP)-Zahlungen (27,98%) und freiwillige Versicherungen (7,63%) (WHO, 2021). Im Jahr 2019 betrugen die nationalen Gesundheitsausgaben in der Schweiz 11,3% des BIP (Bundesamt für Statistik, 2020).

Die Entscheidungsfindung im Gesundheitssystem ist zwischen der föderalen und der regionalen Ebene verteilt. Auf föderaler Ebene ist die Bundesregierung für die Gesetzgebung

in Bereichen wie der öffentlichen Gesundheit, Sozialversicherung und beruflichen Qualifikationen zuständig. Die Kantone sind für die Prävention, Gesundheitserziehung und -versorgung zuständig. Sie finanzieren teilweise die Krankenhauskosten.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) von 1996 schreibt vor, dass alle in der Schweiz ansässigen Personen eine Basis-Krankenversicherung abschließen müssen, die einen auf Bundesebene definierten Leistungskatalog umfasst (Paris & Docteur, 2007). Versicherer, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, sind nicht gewinnorientiert und müssen vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkannt sein sowie alle Bewerberinnen und Bewerber während festgelegter Einschreibungszeiträume akzeptieren (Leu, Rutten, Brouwer, Matter & Rutschi, 2009). „Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird über Beiträge der Versicherten (Prämien), Kostenbeteiligungen der Versicherten (Franchise, Selbstbehalt, Spitalbeitrag) und Gelder des Bundes und der Kantone (Prämienverbilligung) finanziert. Die Prämien eines Versicherers müssen kostendeckend sein. Die Prämien hängen nicht vom Einkommen ab und unterscheiden sich nach Versicherer, Wohnort der versicherten Person und gewählter Versicherungsform (Franchisestufe, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer). Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sowie Kinder und Jugendliche in Ausbildung erhalten oft eine Prämienverbilligung. Die Kantone bestimmen, wer eine Prämienverbilligung erhält“ (BAG, 2021b).

Es gibt verschiedene Kostenteilungsregelungen, wobei die Bevölkerung zu den Kosten der Gesundheitsleistungen durch einen Selbstbehalt, eine Mitversicherung und Zuzahlungen beiträgt (minimaler jährlicher Selbstbehalt von CHF 300,00 und Mitversicherung von 10% bis zu einem Maximum von CHF 700,00 für alle Leistungen) (Camenzind, 2013). Die Schweizer Kostenbeteiligung ist im internationalen Vergleich hoch (Leu et al., 2009).

Viele Personen haben eine Zusatzversicherung, die Leistungen wie zum Beispiel zusätzlichen Komfort (z.B. Halbprivat- oder Privatabteilung im Spital) oder ein erweitertes Behandlungsspektrum (Behandlung durch Naturärztinnen und -ärzte, gewöhnliche Zahnbehandlungen etc.) abdeckt. Die Prämien können sich nach dem ‚Risiko‘ richten, das eine Person für eine Versicherung darstellt. Diese kann die Aufnahme von Personen ablehnen oder Vorbehalte aufgrund des Gesundheitszustandes anbringen (BAG, 2021b).

Die ambulante Versorgung wird von Haus- bzw. Fachärztinnen und -ärzten erbracht, die überwiegend unabhängig in Einzel- und kleinen Gruppenpraxen arbeiten. Etwa die Hälfte der Hausärzteschaft ist in einer der 86 Managed-Care-Organisationen (Netzwerke von Ärzteschaft und Gesundheitsorganisationen) tätig (Berchtold & Peytremann-Bridevaux, 2011). Die Patientinnen und Patienten besitzen in der Regel direkten und uneingeschränkten Zugang zu Haus- bzw. Fachärztinnen und -ärzten. Im Jahr 2014 waren etwa 24% der Bevölkerung in einer Form von Managed-Care-Plan eingeschrieben (Forum Managed Care, 2014), wovon zwei Drittel ein hausärztliches Gatekeeping hatten, obwohl auch Fachärztinnen und -ärzte als Gatekeeper fungieren können (Squires, 2009). Unabhängige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie andere unabhängige Gesundheitsfachkräfte (zum Beispiel Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Zahnärztinnen und -ärzte) werden in der Regel auf Honorarbasis bezahlt. Einige Managed-Care-Pläne arbeiten mit Capitation-Modellen.

Die Krankenhausversorgung wird durch öffentliche und private Krankenhäuser sichergestellt. Letztere haben Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch den Staat, wenn sie als

‚von öffentlichem Interesse‘ angesehen werden. Öffentliche Spitäler umfassen die fünf Schweizer Universitätsspitäler sowie die kantonalen und regionalen Spitäler – sie stellen die Hauptform der stationären Versorgung. Bis 2011 wurden die Krankenhäuser hauptsächlich auf Basis von Fallpauschalen vergütet. Seit 2012 wird die prospektive Vergütung nach DRGs (SwissDRG), angepasst an das DRG-System in Deutschland, eingeführt (Camenzind, 2013). Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern werden entweder mit einem Gehalt oder einer Mischung aus Gehalt und Fee-for-Service vergütet, abhängig von der Betriebszugehörigkeit (Squires, 2009).

4.4.1. Gesundheitsreformen mit Relevanz für chronische Krankheit

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung in der Schweiz von 1996 und seine nachfolgenden Revisionen, insbesondere in Bezug auf Managed Care und Krankenhausfinanzierung, bilden die wichtigsten Gesundheitsreformen, die für das Management chronischer Erkrankungen im Schweizer Gesundheitssystem von Bedeutung sind. Wie bereits erwähnt, führte es den universellen Zugang zu umfassenden Gesundheitsleistungen für die gesamte Bevölkerung der Schweiz ein. Die dritte Revision, die seit 2004 im Gange ist, befasste sich unter anderem mit gesetzlichen Änderungen von Managed Care und der Spitalsfinanzierung. Letzteres führte 2012, wie bereits erwähnt, zur vollständigen Umstellung der Spitalsvergütung auf das SwissDRG System. Die vorgeschlagene Revision zur Förderung von Managed Care wurde jedoch im Juni 2012 per Volksabstimmung abgelehnt.

Die Schweiz hat bisher kein nationales Regelwerk für die Prävention und das Management chronischer Krankheiten entwickelt, obwohl nationale Programme und Strategien auf spezifische Bereiche wie Tabak, Alkohol, körperliche Aktivität und Ernährung abzielen. Strategien, die sich mit chronischen Krankheiten im Allgemeinen befassen, sind jüngerer Datums. Allerdings sind all diese Strategien nicht verbindlich, und die Kantone bleiben in der Organisation der Gesundheitsversorgung frei.

Im Januar 2013 hat der Bundesrat eine umfassende Strategie für das Schweizer Gesundheitssystem unter dem Titel Gesundheit 2020 (BAG, o.D.) vorbereitet. Die Strategie identifiziert vier Schwerpunktbereiche: Qualität der Gesundheitsversorgung, Lebensqualität, Chancengleichheit und Transparenz. Die Strategie konzentriert sich auf die Prävention und Versorgung chronischer Krankheiten, die Finanzierung und Versicherungstransformation, die Datentransparenz und E-Health sowie die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften. Eine Reihe von Maßnahmen wurden eingeleitet und umgesetzt, die die Gesundheitskosten um mehrere hundert Millionen Franken pro Jahr gesenkt haben. Mit der Nachfolgestrategie ‚Gesundheit2030‘ werden diese weitergeführt (BAG, 2021a). Am 19. August 2020 hat der Bundesrat beschlossen, eine Stellungnahme (Vernehmlassung) zum zweiten Kostendämpfungspaket durchzuführen. Das zweite Paket beinhaltet den Bereich der Versorgungsnetzwerke für komplexe Fälle. Aufgrund der Ergebnisse hat der Bundesrat am 28. April 2021 entschieden, die Zielvorgabe als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative aus dem Paket herauszulösen.

Eine kürzlich vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in der Schweiz beauftragte wissenschaftliche Studie hat zwei alternative Strategien für eine Einführung von Komplexpauschalen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) untersucht. Ein ‚Top Down‘-Ansatz mit dem Ziel, den Tarifpartnern die Anwendung der Vergütungslösung bei den jeweiligen Indikationen als verbindlich zu steuern, wird darin abgelehnt. Bevorzugt wird aus Sicht der Autorinnen und Autoren – unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer Stakeholderbefragung – ein ‚Bottom Up‘-Ansatz unter Wahrung der Tarifautonomie (BAG, 2019).

4.4.2. Disease-Management-Programme

Beispiele für DMPs gibt es für die Versorgung von Personen mit Diabetes. Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (z.B. Ärztenetzwerke, Managed-Care-Leistungserbringer, HMO – Health Maintenance Organizations) erarbeiten hierfür entsprechende Konzepte und Angebote für die Versicherungen. Nach Verhandlungen werden Zusatzvereinbarungen mit den Versicherern über die Abgeltung des Mehraufwandes inklusive Leistungen, die bisher keinen Tarif haben (z.B. die Leistungen einer medizinischen Praxisassistentin), abgeschlossen. Die Versicherer erhalten regelmäßige Qualitätsberichte zu Struktur, Prozess und Ergebnisqualität. Die direkte Erfolgsmessung durch die Versicherer ist in der Schweiz schwierig, da keine Diagnosen in den Abrechnungsdaten inkludiert sind. Vor diesem Hintergrund wurden im Bereich Diabetes entsprechende Scores – basierend auf verfügbaren Daten – entwickelt, die sich jetzt entsprechend beweisen müssen.

Eine kürzlich veröffentlichte Evaluation eines Disease-Management-Programms für Personen mit Diabetes mellitus liefert erste Ergebnisse zur Lebensqualität, vordefinierte Indikatoren für die Einhaltung der Diabetes-Richtlinien, die Anzahl der in Anspruch genommenen Dienste und direkte medizinische Kosten. Die Lebensqualität in einer Teilstichprobe von 80 Patientinnen und Patienten änderte sich während des Follow-ups nicht (mittlerer Nutzen 0,89 zu Studienbeginn und Follow-up; $p = 0,94$). Es zeigte sich ein allgemeiner, wenn auch meist nicht statistisch signifikanter Trend bezüglich weniger genutzter Dienste in der DMP-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Kosten stiegen in beiden Gruppen während der Nachuntersuchung, in der Kontrollgruppe war der Anstieg aber höher (mittlere Gesamtkosten pro Patientin oder Patient und Jahr: CHF –950,00 [95% -CI: –1.959,53 bis 59,56]) (Carlander et al., 2020; Carlander, Eichler, Wirth & Höglinger, 2021; PPS Presseedienst, 2021)

DMPs für CHI befinden sich derzeit in Entwicklung.

In einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) in einem Schweizer Universitätsklinikum wurde ein Krankheitsmanagementprogramm für Herzinsuffizienz (HI) getestet. Ziel dieser randomisierten kontrollierten Studie (RCT) war es, die Auswirkungen eines ambulanten Krankheitsmanagementprogramms für Erwachsene mit HI in der Schweiz auf Krankenhausaufenthalt, Mortalität und Lebensqualität zu testen. Konsekutive Patientinnen und Patienten wurden auf dekompensierte HI untersucht, wobei die zu behandelnden Personen randomisiert einer Interventionsgruppe ($n = 22$) oder einer üblichen Pflegegruppe ($n = 20$) zugeordnet wurden. Die medizinische Behandlung wurde optimiert und allen teilnehmenden Personen wurden Empfehlungen zum Lebensstil gegeben. Personen aus der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich einen Hausbesuch durch eine HI-Pflegekraft, gefolgt von 17 Telefonanrufen mit abnehmenden Zeitintervallen über 12 Monate, die sich auf die Selbstversorgung konzentrierten. HI-Pflegekräfte kommunizierten gesundheitliche Bedenken telefonisch an Hausärztinnen bzw. -ärzte und identifizierten Ziele der Versorgung. Die Daten wurden zu Studienbeginn sowie nach drei, sechs, neun und 12 Monaten erhoben. Nach 12 Monaten hatten 22 Personen (52%) eine erneute stationäre Aufnahme oder starben. Nur drei Erkrankte wurden mit HI-Dekompensation ins Krankenhaus eingeliefert. Es wurde eine gemischte Regressionsanalyse auf die Lebensqualität durchgeführt. Diese konnte keinen statistisch signifikanten Effekt der Intervention auf die HI – in Bezug auf die Lebensqualität – identifizieren. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass im schweizerischen Gesundheitswesen ein interprofessionelles Disease-Management-Programm möglich ist.

Die Auswirkungen auf die Ergebnisse müssen jedoch in größeren Studien bestätigt werden (Leventhal et al., 2011).

5. DISKUSSION

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick zu klassischen Vergütungsmodellen und erörtert Finanzierungs- und Vergütungsmodelle bestehender Disease-Management-Programme (DMP) in Deutschland und der Schweiz sowie von (Pilot-)Projekten in Österreich und deren rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Es werden neuere Pay-for-Performance-Modelle, der Einfluss auf Versorgungsqualität und Erfahrungen im Einsatz von Pay-for-Performance bei DMPs vorgestellt. Neben monetären Anreizen zur Verbesserung der Qualität wird auch auf nicht monetäre Anreize bei der Implementierung von DMPs eingegangen.

Die ursprüngliche Fragestellung der Vor- und Nachteile der Vergütungsmodelle bestehender DMP zur chronischen Herzinsuffizienz (Deutschland, Schweiz) und (Pilot-)Projekten (Österreich) lässt sich nur eingeschränkt beantworten, da diese meist noch in der Entwicklung sind.

In Deutschland gibt es derzeit DMPs für Diabetes mellitus Typ 2/1, Brustkrebs, KHK, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Mit Stand 2020 erfolgten insgesamt 8.955 Programmzulassungen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung mit derzeit 8,5 Millionen Programmteilnahmen. Inhaltliche Anforderungen an ein DMP CHI hat der G-BA 2019 beschlossen und Zulassungsanträge sind in Ausarbeitung.

Finanzielle Anreize werden im deutschen System auf der Ebene des Gesundheitsfonds (Finanz-Pooler) und der Krankenkassen (Zahler/Besteller), der Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (Anbieterinnen bzw. Anbieter) sowie der Patientinnen und Patienten gesetzt. Krankenkassen erhalten für jede eingeschriebene versicherte Person eine Programmkostenpauschale zur Deckung der Programmkosten für arzt- und kassenbezogene Aufwendungen von derzeit € 145,44 aus dem Gesundheitsfonds. Zusätzlich gibt es einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unabhängig von DMPs. Die Grundpauschale pro versicherter Person, in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben, wird mit Zu- bzw. Abschlägen zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs versehen. Der erhöhte Versorgungsbedarf bei ausgewählten schwerwiegenden und kostenintensiven chronischen Krankheiten findet hier Berücksichtigung, wobei durch effektive Betreuung der versicherten Personen im DMP die tatsächlich anfallenden Kosten unter den für die Berechnung des Morbiditätszuschlags geschätzten Kosten fallen können. Vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wurde kritisiert, dass Krankenkassen keine klar definierten Anreize hatten, zusätzliche DMP-Gelder für die Behandlung chronisch Erkrankter bereitzustellen. Anreize bestanden eher darin, die Einnahmen mit DMP-Geldern aus dem Risikostrukturausgleich zu erhöhen (Felder, 2006).

Zusätzliche ärztliche Leistungen in den strukturierten Behandlungsprogrammen werden, basierend auf Vereinbarungen der Kassen mit den regionalen kassenärztlichen Vereinigungen, pauschal vergütet. Die fristgerechte Einreichung der Dokumentation ist hierfür Voraussetzung. Krankenkassen müssen für Versicherte Wahltarife für die Teilnahme an DMPs anbieten.

Die Evidenz zur Wirksamkeit und des Nutzens von DMP KHK in Deutschland ist nicht eindeutig. Es konnte gezeigt werden, dass sich Personen in DMPs stärker an die Medikation hielten, Gesundheitsausgaben und das Sterberisiko verringert wurden (Kirsch et al., 2020). Eine weitere Studie konnte allerdings keine Assoziation zwischen der Einschreibung in ein DMP und einem niedrigeren Risiko für schwerwiegende unerwünschte kardiale Ereignisse zeigen (Fischer et al., 2021). Weitere qualitativ hochwertige randomisierte Studien zur Evaluation der Wirksamkeit und des Nutzens von DMPs in Deutschland werden gefordert (Ziegler & Rabe, 2015). Hinsichtlich der Verteilungsgerechtigkeit bei DMP KHK deuten Studien darauf hin, dass Männer eher eingeschrieben werden und dass die Wahrscheinlichkeit einer DMP-Einschreibung in benachteiligten Gemeinden niedriger ist (Bozorgmehr et al., 2015).

Die Schweiz hat bisher kein nationales Regelwerk für die Prävention und das Management chronischer Krankheiten entwickelt. Erste DMPs für Diabetes werden regional aufgebaut. Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringer (Ärztliche Netzwerke, Managed Care Leistungserbringer, HMO – Health Maintenance Organizations etc.) erarbeiten Konzepte und Angebote für die Versicherungen und schließen dann Zusatzvereinbarungen mit den Versicherern über die Abgeltung des Mehraufwandes inklusive Leistungen, die bisher keinen Tarif haben, ab. Die Versicherer erhalten regelmäßige Qualitätsberichte zu Struktur, Prozess und Ergebnisqualität. Eine erste Begleitstudie für ein DMP Diabetes deuten darauf hin, dass Versorgungskosten geringer anstiegen, statistisch signifikante Unterschiede in der Lebensqualität konnten jedoch nicht gezeigt werden (Leventhal et al., 2011).

Die Evidenz zu Vergütungsmodellen aus österreichischen Pilotprojekten ist limitiert, da sich die Pilotprojekte durchwegs auf die Transitionsphase nach akutstationärer Behandlung beziehen und das Care Management im niedergelassenen Bereich beispielsweise noch nicht eingebunden ist. Die Finanzierung ist hauptsächlich projektbasiert. Im vom CCIV beauftragten Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“ wird zukünftig ein Disease-Management-Programm in Form von selektivvertraglichen Vergütungsregelungen vorgeschlagen. Vor diesem Hintergrund wurden Zusatzleistungen und Anreizwirkungen für ein DMP in einem Expertenworkshop mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Pilotprojekten und dem niedergelassenen Bereich erörtert. Zusammenfassend wurde in diesem Workshop festgestellt, dass für eine multiprofessionelle Betreuung durchgängige Verträge z.B. mit den Therapeutinnen und Therapeuten wichtig sind. Die Verträge durch die Kassen sollten so gestaltet sein, dass den Patientinnen und Patienten keine Mehrkosten entstehen. In den neu geschaffenen Primärversorgungseinheiten (PVE) gibt es unterschiedliche Berufsgruppen u. a. auch diverse Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Vor dem Hintergrund würden sich PVE auch als Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich für DMPs anbieten. Das Netz der PVE ist jedoch derzeit noch im Ausbau (Österreichische Sozialversicherung, o.D.). Die telemedizinische Betreuung, eine zentrale Koordinationsstelle und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Aus- und Weiterbildungsprogrammen müssen bei der Finanzierung mitberücksichtigt werden. Die Honorierung der Zusatzleistungen im niedergelassenen Bereich könnte sich am DMP Therapie Aktiv orientieren. Es stellt sich die Frage, ob – ähnlich wie im deutschen System – DMP-übergreifende Honorarsätze für die Dokumentation und Schulung einführt werden sollten. Die im Workshop genannten zusätzlichen Aufgaben sollten mit dem Bericht der Expertinnen-/Expertenbefragung zum Thema Organisations- und Datenmanagement im Rahmen eines Disease-Managements für „Chronische Herzinsuffizienz“ in Folge abgeglichen werden. Zusätzlich sollten die im Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“ bereits identifizierten Leistungen, die im Rahmen des Qualitätskonzepts wichtig sind, berücksichtigt werden (Anhang B).

Die Evidenz zu Pay-for-Performance-Ansätzen ist uneinheitlich. Studien zeigen zum Teil positive Effekte auf die Versorgungsqualität. Pay-for-Performance Ansätze finden im Bereich der Disease-Management-Programme nur selten Anwendung. Es gibt keine verlässlichen Informationen über deren Auswirkungen auf die Kosten und Qualität (Bruin et al., 2011; Houle et al., 2012).

Entscheidungsanalytische Modelle können auch vor der Implementierung von Disease-Management-Programmen bereits zur Evidenzsynthese bestehender Parameter sowie zur entscheidungsunterstützenden kurz- und langfristigen Abschätzung des Nutzens, möglichen Schadens und der Kosten unterschiedlicher Programmformen oder für eine Budget-Impact-Analyse, im Sinne eines Early Health Technology Assessments, verwendet werden (Drummond et al., 2008; Siebert, 2003). Diese Form der Analyse findet bereits vielfältige Anwendungen bei neuen medikamentösen Therapien, Screeninginterventionen oder anderen Gesundheitstechnologien. Die Modelle ermöglichen es, vorhandene Evidenz und Informationen unterschiedlicher Quellen zusammenzufügen, um Entscheidungsträger frühzeitig bei Kosten-Nutzen Abwägungen zu informieren (Göhler et al., 2008; Neumann et al., 2015). Für das DMP HerzMobil Tirol konnten Pölzl et al. (2021) beispielsweise in einer rezenten Studie eine signifikante Reduktion des primären Endpunkts als Kombination aus Krankenhauswiederaufnahme und Gesamtmortalität nach sechs Monaten zeigen. Diese klinische Evidenz kann nun zusammen mit weiteren Informationen zu langfristigen Gesundheitseffekten, Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Inanspruchnahme von Ressourcen in entscheidungsanalytischen Modellen zusammengeführt werden.

Generell ist für die erfolgreiche Implementierung und Durchführung von DMPs das Verständnis der Rolle aller Stakeholder von zentraler Bedeutung. Bei der Betrachtung von Vergütungsmodellen sollte die Kooperation von Kostenträgern, Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Therapeutinnen und Therapeuten etc.) sowie Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Schang, Thomson & Czipionka (2016) haben hierzu eine Studie veröffentlicht, die die Unterschiede in der Inanspruchnahme von DMPs in Deutschland und Österreich untersucht. Als Grund für die geringe Einschreibung in das Diabetes-DMP Therapie Aktiv in Österreich wird angeführt, dass sich die Politik in Österreich hauptsächlich auf finanzielle Anreize für Ärztinnen und Ärzte konzentriert (Schang et al., 2016). Expertinnen bzw. Experten im CCIV-Netzwerk führen weiter aus, dass die geringen Einschreibungen auf die geringe Anzahl am DMP Therapie Aktiv teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten zurückzuführen ist. Deren Teilnahme ist nicht verpflichtend, beinhaltet aber zusätzliche bürokratische Hürden. Es gibt seitens ÖGK intensive Bemühungen, jährlich eine Steigerung der Einschreibezahlen zu erreichen. Mit Blick auf das DMP CHI wird darauf hingewiesen, dass Anreizsysteme für Patientinnen und Patienten so gestaltet werden, dass es nicht nur ‚Mitnahmeeffekte‘ für jene gibt, die das Programm von Vornherein in Anspruch nehmen würden.

Die vorliegende Studie hat folgende Limitationen: Erstens wurden aufgrund des Umfangs der Fragestellungen keine systematischen Literatur-Reviews durchgeführt. Aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen konnten internationale Expertinnen und Experten lediglich im Rahmen von kurzen Befragungen eingebunden werden. Finanzierungsstrukturen und Anreize auf der Ebene der Zahler werden für Deutschland, aber nicht im Detail für Österreich diskutiert.

6. FAZIT UND EMPFEHLUNGEN

Bei der Implementierung von DMPs sollte die Kooperation der beteiligten Akteurinnen bzw. Akteure und Stakeholder, insbesondere von Kostenträgern, Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern sowie Patientinnen und Patienten, sichergestellt werden. Es ist wichtig, finanzielle und nicht-finanzielle Anreize auf diesen drei Ebenen zu berücksichtigen.

1) Recherchen zu alternativen Finanzierungsformen wie Pay-for-Performance haben keine einheitliche Evidenz bezüglich der Effektivität und Kosteneffektivität der gesetzten Anreize ergeben. In Deutschland werden Zusatzleistungen wie beispielsweise Dokumentation oder Schulungen pauschal in den Vereinbarungen zwischen den Kassen und den kassenärztlichen Vereinigungen geregelt. In Österreich kann, wie bereits im Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“ erwähnt wurde, eine DMP-konforme Leistungsvergütung in der aktuellen gesetzlichen und vertraglichen Situation nur durch Zusatzvereinbarungen zur Honorarordnung zwischen Gesundheits- und Krankenkassen sowie Ärztekammer erreicht werden. Hierbei muss sichergestellt werden, dass der Mehraufwand an Leistungen insbesondere für die Allgemeinmedizinerinnen bzw. -mediziner im niedergelassenen Bereich abgedeckt wird. Als Anhaltspunkte für die Höhe der Vergütung wurden im Bericht Informationen zum bestehenden DMP Therapie Aktiv, der (Pilot-)Projekte und des DMP KHK in Deutschland zusammengestellt.

Es wird daher empfohlen, das Disease-Management-Programm in Form von Zusatzverträgen für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie ggf. mit Sonderverträgen mit Wahlärztinnen und Wahlärzten auszugestalten. Wie auch im Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“ beschrieben, sind hierbei vertraglich festgelegte Voraussetzungen von den Gesundheitsdienstleistern zu erfüllen.

2) Erfahrungen aus den österreichischen (Pilot-)Projekten und die Diskussionen im Workshop mit Expertinnen und Experten unterstreichen, dass Verträge durchgängig z.B. auch mit den Therapeutinnen und Therapeuten oder Diätologinnen und Diätologen geschlossen werden müssen, ohne dass es dabei zu Mehrkosten für Patientinnen und Patienten kommt. Weitere involvierte Fachdisziplinen werden u. a. in den Teilkonzepten „Medizinisches Rahmenkonzept“ und „Organisations- und Datenmanagement“ des CCIV DMP CHI Gesamtprojekts beschrieben. Zusätzlich wurde mit Expertinnen und Experten diskutiert, ob zukünftig auch das Pflegepersonal die Möglichkeit erhalten könnte, direkte Verträge mit den Versicherungsträgern zu schließen. Das Pflegepersonal könnte so ebenfalls als selbstständige Berufsgruppe in den Betreuungsprozess eingebunden werden und es gäbe damit für diese Gruppe einen zusätzlichen Anreiz und eine gesteigerte Wertschätzung für berufliche Weiterentwicklungen.

Es wird daher empfohlen, dass alle relevanten Berufssparten in der Vergütung berücksichtigt und durchgängige Verträge geschlossen werden, sodass in dem Disease-Management-Programm keine Mehrkosten für die Patientinnen und Patienten entstehen.

3) Die telemedizinische Betreuung – eingebunden in das Gesamtversorgungskonzept – stellt eine wichtige und zeitgemäße Komponente des DMP dar, die eine kontinuierliche und ortsunabhängige Erhebung des Gesundheitszustands ermöglicht. In den (Pilot-)Projekten in Österreich ist diese Komponente unterschiedlich implementiert. In HerzMobil Tirol wird das Telemonitoring u. a. im Sinne einer täglichen Übertragung von einfachen Vitalparametern durch die Patientin oder den Patienten beispielsweise als wertvolles Instrument für

die Betreuung durch Pflegepersonen und weiteres medizinisches Fachpersonal gesehen. Auch in der Steiermark gibt es – analog zu Tirol – eine telemedizinische Komponente.

Es wird daher empfohlen, dass im detaillierten Vergütungskonzept telemedizinische Komponenten inklusive IT-Bereitstellung, Helpdesk, Schulungen, Gerätebeschaffung und -bereitstellung berücksichtigt werden. Das Framework der übermittelten Informationen, Sensorik und Intensität sollte im Vorfeld bzgl. ‚State of the Art‘, den Bedürfnissen, Anforderungen, Nutzen und Kosten in einer Expertenrunde – auch unter Berücksichtigung der Teilkonzepte „Telemonitoring“ und „Empowerment“ – weiter spezifiziert werden.

4) Unter den Expertinnen und Experten gab es die Übereinstimmung, dass der gesundheitliche und patientenrelevante Nutzen (zunehmende Selbstständigkeit im Umgang mit der Krankheit, gesteigerte Lebensqualität etc.) des DMP CHI bereits einen wesentlichen Anreiz zur Teilnahme für Patientinnen und Patienten darstellt. Hinsichtlich zusätzlicher finanzieller Anreize für Patientinnen und Patienten bestand keine Übereinstimmung unter den Expertinnen bzw. Experten. In DMPs in Deutschland werden für Patientinnen und Patienten finanzielle Anreize in Form von Wahltarifen gesetzt.

Wir empfehlen daher in einem ersten Schritt der Implementierung mit dem Setzen von finanziellen Anreizen für Patientinnen und Patienten abzuwarten. Im Rahmen der kontinuierlichen Evaluation des Programms und der Inanspruchnahme kann in begleitenden Studien z.B. ein Bonussystem, die Reduktion der Selbstbehalte (ähnlich dem Modell der Sozialversicherungsanstalt) oder weiteres Nudging aufgegriffen werden.

5) Hinsichtlich monetärer und nicht-monetärer Anreize für die Krankenkassen, den Gesundheitsfonds oder ggf. andere Betreibergesellschaften in Österreich besteht weiterer Forschungsbedarf. Die Verankerung von Gesundheitszielen in der Zielsteuerung ist eine Möglichkeit. In Deutschland erhalten z.B. die gesetzlichen Krankenkassen eine Programmkostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds für in DMPs eingeschriebene Versicherte. Diese Pauschale dient zur Deckung der Programmkosten für arzt- und kassenbezogene Aufwendungen (Stand 2021: 145,44 EUR). Zusätzlich gibt es den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.

Es wird daher empfohlen, in Vorbereitung der Implementierung eines flächendeckenden Disease-Management-Programms, die Rolle und das Zusammenspiel der Kostenträger zu diskutieren, sodass DMPs in ihrer Entwicklung, Umsetzung und kontinuierlichen Verbesserung aktiv gefördert werden.

6) Studien in Deutschland haben gezeigt, dass beim DMP KHK beispielsweise Männer eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für eine DMP-Einschreibung hatten, dass das Bildungsniveau nicht mit der DMP-Einschreibung assoziiert war, und dass es einen Trend zu geringer Einschreibung in kleineren strukturschwachen Regionen gab. Die Evidenz zum langfristigen Nutzen in den extrahierten Studien war heterogen. Für das DMP HerzMobil Tirol konnten Pölzl et al. (2021) zeigen, dass es durch das Disease-Management-Programm zu einer signifikanten Reduktion des primären Endpunktes – als Kombination aus Krankenhauswiederaufnahme und Gesamtmortalität – nach sechs Monaten kam.

Wir empfehlen daher für langfristige Evaluationen, zum Nutzen der Verteilungsaspekte, Chancengleichheit sowie für Kosteneffektivitäts- und Kosten-Nutzenwert-Analysen – in Anlehnung an das Teilkonzept „Qualitäts- und Risikomanagement“ –, den Aufbau eines

DMP-Datwarehouse mit elektronischer Anbindung aller dokumentationspflichtigen Akteure im Programm. Hierbei ist auch eine Anbindung an die elektronische Gesundheitsakte ELGA wichtig. Erste Anbindungen an ELGA werden derzeit in HerzMobil Tirol etabliert.

7) Mit Blick auf die Implementierung weiterer DMP in Österreich sollte auch der Aspekt von Mehrfacheinschreibungen beim Vergütungsmodell und in der Datenerfassung berücksichtigt werden. In Deutschland gibt es bei Mehrfacheinschreibungen beispielsweise in der zentralen Dokumentation einen diagnoseübergreifenden allgemeinen Datensatz, Arzt-Patienten-Kontakte und Dokumentation sollten bei Mehrfacheinschreibung synchronisiert werden und es gibt z.T. angepasst Abrechnungspauschalen bei Mehrfacheinschreibung.

Wir empfehlen daher, dass beim Aufbau eines Data-Warehouses Mehrfacheinschreibungen und die Nutzung von DMP übergreifenden Informationen ermöglicht werden. Abrechnungspauschalen könnten entsprechend angepasst werden.

8) Hinsichtlich der kontinuierlichen Evaluation des DMP CHI sollten insbesondere die Anzahl der teilnehmenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Anzahl der eingeschriebenen Personen kontinuierlich evaluiert werden. Sollte die Teilnahmebereitschaft zu gering sein, sind weitere Anreizsysteme und Umsetzungseckpunkte zu diskutieren.

Wir empfehlen daher, die wissenschaftliche Literatur bezüglich anreizorientierter Vergütungsstrukturen weiterzuverfolgen und den im Rahmen dieses Projekts etablierten Erfahrungsaustausch mit internationalen DMP-Expertinnen und -Experten weiterzuführen.

9) Analog zum Early Health Technology Assessment von neuen Therapien oder Screeninginterventionen können entscheidungsanalytische Modelle – auch vor der Implementierung von Disease-Management-Programmen – bereits Evidenzsynthese bestehender Parameter sowie zur entscheidungsunterstützenden zur kurz- und langfristigen Evaluation des Nutzens, möglichen Schadens und Kosten unterschiedlicher Programmformen oder für eine Budget-Impact-Analyse verwendet werden. Diese Art von entscheidungsanalytischen Modellierungen ermöglichen es, vorhandene Evidenz und Informationen unterschiedlicher Quellen zusammenzufügen und frühzeitig Aussagen zur möglichen Abwägung zwischen Nutzen, Risiken und Kosteneffektivität treffen sowie die Programme optimieren zu können.

Wir empfehlen daher im nächsten Schritt die Entwicklung eines entscheidungsanalytischen Modells für die Analyse des Nutzens, möglicher Risiken und der Kosteneffektivität unterschiedlicher Programmformen für die systematische, quantitative und transparente Entscheidungsunterstützung. Das entscheidungsanalytische Modell sollte in weiterer Folge mit entsprechend erhobenen Daten des implementierten Programms adaptiert werden und somit auch für zukünftige Fragestellungen zur Verfügung stehen.

7. DANKSAGUNG

Wir möchten uns vielmals bei Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Buchberger und Univ.-Prof. Dr. Harald Stummer, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, für den intensiven Austausch und die Einführung in das Teilprojekt „Qualitäts- und Risikomanagement im Rahmen eines Gesamtkonzepts für ein österreichweites Disease-Management für chronische Herzinsuffizienz“, bei DI Birgit Otruba, Österreichische Gesundheitskasse, und Univ.-Prof. Dr. Johann Auer, Abteilungsleitung Innere

Medizin 1, Krankenhaus St. Josef Braunau, Univ.-Prof. Dr. Gerhard Pölzl, Universitätsklinik für Innere Medizin III – Kardiologie und Angiologie, Medizinische Universität Innsbruck, MMag. Dr. Clemens Rissbacher, Kaufmännischer Direktor von Tirol Kliniken, Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Bernhard Pfeifer, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik/Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, DI Dr.techn. Robert Modre-Osprian, Safety & Security Department, Information Management & eHealth, AIT – Austrian Institute of Technology GmbH für Auskünfte und Hinweise auf weiterführende Literatur bedanken. Informationen zu DMP Programmen in der Schweiz wurden zusammengestellt mit Unterstützung von Prof. Dr. Stefan Felder, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Universität Basel, Christian Frei, MSc, MPH, Leiter Integrierte Versorgung der SWICA Krankenversicherung AG und Dr. Oliver Reich, Leiter der santé24 der SWICA Gesundheitsorganisation. Wir danken Priv.-Doz. DDr. Tobias Romeyke, Geschäftsführer Waldhausklinik Deuringen, Deutschland für die zur Verfügungstellung von Literatur.

Wir möchten uns bei den folgenden Expertinnen und Experten für die Teilnahme an unserem Expertenworkshop bedanken: Dr. Univ. Med. Herbert Bachler, Ordination Dr. Herbert Bachler, Innsbruck; MMag. Dr. Andreas Huber, Institutsvorstand, Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol; Mag. Susan Hajek, Gesundheitsreform-Koordination, Österreichische Gesundheitskasse Niederösterreich; Dr. Birgit Kraft, Abteilung Gesundheitspolitik und Rechtsangelegenheiten, Österreichische Gesundheitskasse Wien; DI Birgit Otruba, Projektmanagement Behandlungsökonomie, ÖGK Landesstelle OÖ; Mag. Andreas Prenner, Prä- und innerklinischen Patientenversorgung, EPIG GmbH – Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit; Dr. Anna Rab, Fachärztin für Kardiologie, Innere Medizin und Intensivmedizin Herzinsuffizienz-Spezialistin; Mag. Daniela Saria, Therapie Aktiv – Administrationsstelle Salzburg, Gesundheitsplanung und -förderung, Abteilung Gesundheit; MMag.^a Sonja Spitaler, Programmleitung, Therapie Aktiv – Diabetes im Griff; Dr. Ulrike Stark, Bereichsleiter-Stv., Qualitätsarbeit, Projekte, Gesundheitsfonds Steiermark; und Assoz.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. Peter Willeit, MPhil, PhD, Medizinische Universität Innsbruck.

8. VERZEICHNISSE

8.1. Literaturverzeichnis

- AIT. (2016). *Digital Healthcare – innovative Telemedizin im Dienste des Patienten*. Alpbach/Wien.
- Altenberger, J. (2012a). Herzinsuffizienz-Managementprogramme werden bereits realisiert. *Universum Innere Medizin*, (09). Zugriff am 11.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.medmedia.at/univ-innere-medizin/herzinsuffizienz-%E2%80%A9managementprogramme-%E2%80%A9werden-bereits-realisiert/>
- Altenberger, J. (2012b). Nurse-based Care: Kardiomobil. *Universum Innere Medizin*, (09). Zugriff am 11.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.medmedia.at/univ-innere-medizin/nurse-based-care-%E2%80%A9kardiomobil/>
- Ammenwerth, E. & Fuchs, E. (2016). *Evaluierung von HerzMobil Tirol 2016. Kollaborative Herzinsuffizienz-Versorgung mit mobilfunkbasiertem Telemonitoring in Tirol* (UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hrsg.).
- Amt der Tiroler Landesregierung. (2019). *Strukturplan Pflege 2012-2022. Evaluierungsbericht 2017*. Innsbruck. Verfügbar unter: https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Publikationen/Evaluierungsbericht_zum_Strukturplan_Pflege_2012_-_2022.pdf
- AOK. (2021). *Praxismanual – Eine Arbeitshilfe für die strukturierten Behandlungsprogramme Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Asthma bronchiale und COPD in Hessen* (Allgemeine Ortskrankenkasse, Hrsg.). Düsseldorf. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht_Vertrag/DMP_Praxismanual.pdf
- AVOS. (2020a). *Kardiomobil - Schwesternbasierte Heimbetreuung für Herzschwäche-Patienten* (Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg, Hrsg.).
- AVOS. (2020b). *KardioMobil Heimbetreuung für Herzinsuffizienz-PatientInnen* (Arbeitskreis für Vorsorgemedizin, Hrsg.).
- AVOS & ÖGK (Arbeitskreis Vorsorgemedizin & Österreichische Gesundheitskasse, Hrsg.). (o.D.). „Kardiomobil“ - Schwesternbasierte Heimbetreuung für Herzschwäche-Patienten. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.848040&portal=oegksporta>
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H. et al. (2019). Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, 20(3), 1–288. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: https://jasmin.goeg.at/434/13/Das%20%C3%B6sterreichische%20Gesundheitssystem_2019.pdf
- BAG (Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.). (o.D.). *Gesundheit2020*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html>
- BAG. (2019). *Komplexpauschalen in der Schweiz. Umsetzbarkeit integraler Vergütungssysteme im Schweizer Gesundheitswesen* (Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.). Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/171995673-Komplexpauschalen-in-der-schweiz-umsetzbarkeit-integraler-verguetungssysteme-im-schweizer-gesundheitswesen.html>
- BAG (Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.). (2021a). *Krankenversicherung - Kostendämpfung*. Zugriff am 15.05.2021. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html>

- BAG (Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.). (2021b). *Krankenversicherung: Das Wichtigste in Kürze*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>
- BÄK, KBV & AWMF. (2019). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Langfassung* (3. Auflage, Version 1) (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hrsg.). Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2019-10_01.pdf
<https://doi.org/10.6101/AZQ/000465>
- Beneder, N. M. (2009). *Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienzpatienten und die Sicht der Allgemeinmediziner in Oberösterreich*. Diplomarbeit. Medizinische Universität Graz, Graz. Zugriff am 28.02.2019. Verfügbar unter: https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=15978&pAutorNr=58637&pOrgNR=1
- Beneder, N. M., Rebhandl, E. & Frühwald, F. M. (2010). Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienz-Patienten und die Sicht der Allgemeinmediziner in Oberösterreich. *Austrian Journal of Cardiology*, 17(9-10), 336–342. Zugriff am 11.07.2017. Verfügbar unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/9286.pdf>
- Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2011). Integrated care organizations in Switzerland. *International Journal of Integrated Care*, 11(Special 10th Anniversary Edition), e010. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111889/>
- Bertelsmann Stiftung & Universität Bremen. (2006). *Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern* (Bertelsmann Stiftung & Universität Bremen, Hrsg.). Gütersloh. Zugriff am 07.10.2019. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Anreize_zur_Verhaltenssteuerung_im_Gesundheitswesen.pdf
- BHS. (2007). *Kardiomobil: Start des ersten öö. Heimbetreuungsprojekts für Herzinsuffizienz-Patienten* (Barmherzige Schwestern Linz, Hrsg.). Ordensklinikum Linz. Zugriff am 18.07.2017. Verfügbar unter: <http://www.bhslinz.at/wir-ueber-uns/archiv/berichte-2007/kardiomobil/>
- BMASGK. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen - Daten - Fakten* (3. vollständig überarbeitete Auflage). Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://bro-schuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636>
- BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.). (2019). *Das Gesundheitswesen im Überblick*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitswesen>
- BMSGPK. (2021). *LKF-Systembeschreibung 2021* (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg.). Wien. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:61477bba-646c-4043-94c2-6998dc54c2d6/SYSTEMBESCHREIBUNG%202021.pdf>
- Böhmer, A., Wieser, W., Weywar, I., Frauendorfer, H. & Kronik, G. (2011). Das "Kremser Modell": Erfolgreiches Disease-Management zur Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz. *Journal für Kardiologie*, 18(9-10), 299–306. Zugriff am 10.08.2017. Verfügbar unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/9582.pdf>

- Bozorgmehr, K., Maier, W., Brenner, H., Saum, K.-U., Stock, C., Miksch, A. et al. (2015). Social disparities in Disease Management Programmes for coronary heart disease in Germany: a cross-classified multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(11), 1091–1101. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204506>
- Braun, V., Heintze, C., Rufer, V., Welke, J., Stein, T., Mehrhof, F. et al. (2011). Innovative strategy for implementing chronic heart failure guidelines among family physicians in different healthcare settings in Berlin. *European Journal of Heart Failure*, 13(1), 93–99. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq181>
- Bruin, S. R. de, Baan, C. A. & Struijs, J. N. (2011). Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11, 272. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-272>
- Buchberger, W., Stummer, H., Stojkov, I. & Conrads-Frank, A. (2020). Chronische Herzinsuffizienz – Bericht über die Arbeiten 2020 – Teil D1: Endbericht der UMIT zum Teilkonzept „Qualitäts und Risikomanagement im Rahmen eines Gesamtkonzepts für ein österreich-weites Disease Management für chronische Herzinsuffizienz.“.
- Bundesamt für Soziale Sicherung. (2020). *Leitfaden für die Antragstellung und Aufrechterhaltung der Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/DMP/DMP1/Leitfaden.pdf>
- Bundesamt für Soziale Sicherung. (2021). *Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>
- Bundesamt für Statistik. (2020). *Ausgaben für das Gesundheitswesen*. Zugriff am 17.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/auswirkungen-bestaende/investitionen/gesundheitsausgaben.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2014). *Risikostrukturausgleich (RSA)*. Zugriff am 15.05.2014. Verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/risikostrukturausgleich-rsa.html>
- Busse, R. (2004). Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs (Project Hope)*, 23(3), 56–67. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.56>
- Busse, R. & Mays, N. (2008). Paying for chronic disease care. In E. Nolte & M. McKee (Eds.), *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective* (European Observatory on Health Systems and Policies series, S. 195–221). Maidenhead, England: Open University Press. Zugriff am 29.10.2021. Verfügbar unter: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.532.6204&rep=rep1&type=pdf>
- Camenzind, P. (2013). The Swiss health care system, 2013. In: Thomson S et al., eds. *International profiles of health care systems, 2013*. New York (NY), The Commonwealth Fund:119–127.
- Campbell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B. & Roland, M. (2009). Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 368–378. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0807651>
- Carlander, M., Höglinger, M., Trottmann, M., Rhomberg, B., Caviglia, C., Rohrbasser, A. et al. (2020). PDB61 IMPACT of a Diabetes Disease Management Program on Quality of Care and Costs: Propensity Score-Matched Real-World DATA from Switzerland. *Value in Health*, 23, S516. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.08.658>

- Carlander, M., Eichler, K., Wirth, B. & Höglinger, M. (2021). *Wissenschaftliche Begleitevaluation SWICA Disease Management Programm Diabetes Mellitus. Schlussbericht* (ZHAW School of Management and Law, Hrsg.). Winterthur. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/21956/3/2021_Carlander-et-al_Wissenschaftliche-Begleitevaluation-2021.pdf
- CCIV (Competence Center Integrierte Versorgung, Hrsg.). (2022). *Über das CCIV*. Zugriff am 11.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.cciv.at/cdscontent/?contentid=10007.864553&portal=ccivneuportal>
- CCIV & MUG. (2019). „*Therapie Aktiv – Diabetes im Griff*“. *Evaluierung 2019 - Zusammenfassung der Ergebnisse* (Competence Center Integrierte Versorgung & Medizinische Universität Graz, Hrsg.).
- Chang, R.-E., Lin, S.-P. & Aron, D. C. (2012). A pay-for-performance program in Taiwan improved care for some diabetes patients, but doctors may have excluded sicker ones. *Health Affairs*, 31(1), 93–102. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0402>
- Curtin, K., Beckman, H., Pankow, G., Milillo, Y. & Greene, R. A. (2006). Return on Investment in Pay for Performance: A Diabetes Case Study. *Journal of Healthcare Management*, 51(6), 365–374. <https://doi.org/10.1097/00115514-200611000-00005>
- Custers, T., Hurley, J., Klazinga, N. S. & Brown, A. D. (2008). Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Services Research*, 8, 66. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-66>
- Czypionka, T., Kraus, M. & Kronemann, F. (2015). *Bezahlungssysteme in der Primärversorgung. Endbericht*. Studie im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Institut für Höhere Studien (IHS), Hrsg.). Wien. Zugriff am 17.12.2018. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.615713&version=1425625231>
- Dickstein, K., Vardas, P. E., Auricchio, A., Daubert, J.-C., Linde, C., McMurray, J. et al. (2010). 2010 Focused Update of ESC Guidelines on device therapy in heart failure: an update of the 2008 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure and the 2007 ESC guidelines for cardiac and resynchronization therapy. Developed with the special contribution of the Heart Failure Association and the European Heart Rhythm Association. *European Heart Journal*, 31(21), 2677–2687. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq337>
- Drummond, M. F., Schwartz, J. S., Jönsson, B., Luce, B. R., Neumann, P. J., Siebert, U. et al. (2008). Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *Int J Technol Assess Health Care*, 24(3), 244–58; discussion 362–8. <https://doi.org/10.1017/s0266462308080343>
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M. & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2–3), 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>
- Emmert, M., Eijkenaar, F., Kemter, H., Esslinger, A. S. & Schöffski, O. (2012). Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, 13(6), 755–767. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0329-8>
- EPIG. (2019 unveröffentlicht). *Diabetesversorgung in Wien. Analyse der aktuellen Versorgungssituation und Recherche nach internationalen Good-Practice-Modellen*. Endbericht. Graz: Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit.

- EPIG. (2020). *Chronische Herzinsuffizienz – Bericht über die Arbeiten 2020 – Teil C: Endbericht der EPIG GmbH zum Teilkonzept „Evaluation“* (Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit, Hrsg.). Graz.
- Felder, S. (2006). Disease management programmes in Germany: a fundamental fault. *Pharmacoeconomics*, 24 Suppl 2, 55–57. <https://doi.org/10.2165/00019053-200624002-00006>
- Fetz, B. (September 2016). *HerzMobil Tirol. Integrierte Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz am Beispiel von HerzMobil Tirol*. Zugriff am 20.01.2017. Verfügbar unter: https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Sonstiges/Pflegesymposium/Integrierte_Betreuung_von_Patienten_mit_Herzinsuffizienz_am_Beispiel_von_HerzMobil_Tirol.pdf
- Fischer, C., Höpner, J., Hartwig, S., Noutsias, M. & Mikolajczyk, R. (2021). Participation in disease management programs and major adverse cardiac events in patients after acute myocardial infarction: a longitudinal study based on registry data. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01832-3>
- Forum Managed Care. (2014). *Erhebung Ärztenetze in der Schweiz*. Zugriff am 15.05.2021. Verfügbar unter: <http://fmc.ch/infothek/erhebungaerztenetze/>
- Göhler, A., Conrads-Frank, A., Worrell, S. S., Geisler, B. P., Halpern, E. F., Dietz, R. et al. (2008). Decision-analytic evaluation of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of management programmes in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 10(10), 1026–1032. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2008.07.018>
- Göhler, A., Januzzi, J. L., Worrell, S. S., Osterziel, K. J., Gazelle, G. S., Dietz, R. et al. (2006). A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12(7), 554–567. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2006.03.003>
- Goldman, D. P., Joyce, G. F. & Zheng, Y. (2007). Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. *JAMA*, 298(1), 61–69. <https://doi.org/10.1001/jama.298.1.61>
- Gupta, N. & Ayles, H. M. (2019). Effects of pay-for-performance for primary care physicians on diabetes outcomes in single-payer health systems: a systematic review. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, 20(9), 1303–1315. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01097-4>
- Gupta, N. & Ayles, H. M. (2020). The evidence gap on gendered impacts of performance-based financing among family physicians for chronic disease care: a systematic review reanalysis in contexts of single-payer universal coverage. *Human Resources for Health*, 18(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00512-9>
- Herzinsuffizienz kontinuierlich im Auge behalten (2012). *Kardiologie*.
- Hofmarcher, M. M. (2013). *Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Zugriff am 07.03.2019. Verfügbar unter: https://cis.fh-burgenland.at/moodle/pluginfile.php/91666/mod_resource/content/0/Hofmarcher_Das%20%C3%B6sterreichische%20Gesundheitssystem.pdf
- Hofmarcher, M. M. & Rack, H. M. (2006). Austria: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 8(3), 1–247. Zugriff am 13.12.2021. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107771?locale-attribute=de&>
- Houle, S. K., McAlister, F. A., Jackevicius, C. A., Chuck, A. W. & Tsuyuki, R. T. (2012). Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: a systematic review. *Ann Intern Med*, 157(12), 889–899. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-12-201212180-00009>

- Huang, J., Yin, S., Lin, Y., Jiang, Q., He, Y. & Du, L. (2013). Impact of pay-for-performance on management of diabetes: a systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 6(3), 173–184. <https://doi.org/10.1111/jebm.12052>
- Hülsmann, M. & Preinreich, J. M. (2016). Aktuelles: Disease Management bei Herzinsuffizienz - Forderung und Herausforderung Zusammenfassung des Expertentreffens vom 8. Oktober 2015, Wien. *Journal für Kardiologie*, 23(1-2), 43–50. Zugriff am 18.02.2019. Verfügbar unter: <https://www.kup.at/kup/pdf/13292.pdf>
- HVB. (2013). *Handbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger 2021* (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.). Wien.
- HVB. (2014). *Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte* (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.). Zugriff am 07.12.2018. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.608553&version=1422262703>
- HVB. (2016a). *Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Zusammenfassende Erkenntnisse*. Version 5 (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.). Zugriff am 06.12.2019. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715001&version=1468570556>
- HVB. (2016b). *Pay-for-Performance im Gesundheitswesen. Wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit* (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.). Wien. Zugriff am 23.04.2019. Verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.635519&version=1479885394>
- Jha, A. K., Joynt, K. E., Orav, E. J. & Epstein, A. M. (2012). The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *New England Journal of Medicine*, 366(17), 1606–1615. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1112351>
- Jia, L., Meng, Q., Scott, A., Yuan, B. & Zhang, L. (2021). Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD011865. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011865.pub2>
- KABEG. (o.D.). *KardioMobil - Heimbetreuung für Herzinsuffizienz-Patienten* (Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft, Hrsg.). Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: http://www.klinikum-klagenfurt.at/fileadmin/user_upload/klinikumklagenfurt/2-medicinische_abteilung/kardiomobil_folder_web.pdf
- KABEG. (2020). Mit KardioMobil zu höherer Lebensqualität. *KABEG - Zeitung der Kärntner Landeskrankenhäuser*, (31), 12–13. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: http://www.kabeg.at/fileadmin/user_upload/kabegmanagement/Presse/Kabeg_Journal/KJ_31_web.pdf
- KAGes. (2018). *Abschlussbericht Evaluierung von HerzMobil Steiermark. Kollaborative Herzinsuffizienz-Versorgung mit mobilfunkbasiertem Telemonitoring* (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft Management, Hrsg.).
- KAGes & VAEB. (2017). *Handbuch Telemonitoring und telemedizinische Versorgung in Bezug auf die Indikationen Diabetes mellitus, Hypertonie und Herzinsuffizienz in der Pilotregion Mürztal*. (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft & Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Hrsg.).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg.). (2020). *Disease Management Programme*. Zugriff am 15.05.2021. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/dmp.php>
- Keeler, E. B., Brook, R. H., Goldberg, G. A., Kamberg, C. J. & Newhouse, J. P. (1985). How free care reduced hypertension in the health insurance experiment. *JAMA*, 254(14), 1926–1931.

- KGF. (o.D.). *Tätigkeitsbericht 2018* (Kärntner Gesundheitsfonds, Hrsg.). Zugriff am 14.12.2021. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsfonds.at/images/downloads/KGF_TB2018.pdf
- Kirsch, F., Becker, C., Schramm, A., Maier, W. & Leidl, R. (2020). Patients with coronary artery disease after acute myocardial infarction: effects of continuous enrollment in a structured Disease Management Program on adherence to guideline-recommended medication, health care expenditures, and survival. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care*, 21(4), 607–619. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01158-z>
- Kondo, K. K., Damberg, C. L., Mendelson, A., Motu'apuaka, M., Freeman, M., O'Neil, M. et al. (2016). Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 31 Suppl 1, 61–69. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3567-0>
- Kondo, K. K., Wyse, J., Mendelson, A., Beard, G., Freeman, M., Low, A. et al. (2018). Pay-for-Performance and Veteran Care in the VHA and the Community: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 33(7), 1155–1166. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4444-4>
- Krankenhaus St. Josef Braunau. (o.D.). *Kardiostabil-Projekt für Herzinsuffizienz in Braunau*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.khbr.at/kardiostabil-projekt-fuer-herzinsuffizienz-in-braunau/>
- KVH. (2021). *Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)* (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Hrsg.). Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: https://www.kvhh.net/_Resources/Persistent/4/5/8/e/458ef1a0f4becea14e49fc72198696a0291b5bdf/dmp_khk_neufassung2021_mit%20Hinweis.pdf
- KVHB. (2019). *Vereinbarung über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V* (Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Hrsg.). Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.kvhb.de/sites/default/files/verguetung-dmp.pdf>
- KVHB. (2021). *DMP-Praxismanual. Wegweiser durch strukturierte Behandlungsprogramme* (Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Hrsg.). Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.kvhb.de/sites/default/files/dmp-praxismanual.pdf>
- Langdown, C. & Peckham, S. (2014). The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 36(2), 251–258. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt077>
- Leu, R. E., Rutten, F. F. H., Brouwer, W., Matter, P. & Rutschi, C. (2009). *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.commonwealth-fund.org/publications/fund-reports/2009/jan/swiss-and-dutch-health-insurance-systems-universal-coverage-and>
- Leventhal, M. E., Denhaerynck, K., Brunner-La Rocca, H.-P., Burnand, B., Conca-Zeller, A., Bernasconi, A. T. et al. (2011). Swiss Interdisciplinary Management Programme for Heart Failure (SWIM-HF): a randomised controlled trial study of an outpatient inter-professional management programme for heart failure patients in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 141, w13171. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13171>

- LIV (Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol HerzMobil, Hrsg.). (o.D.). *ELGA-Anbindung*. Zugriff am 09.08.2021. Verfügbar unter: <https://www.herzmobil-tirol.at/page.cfm?vpath=qualitaetssicherung/elga-anbindung>
- Lurie, N., Kamberg, C. J., Brook, R. H., Keeler, E. B. & Newhouse, J. P. (1989). How free care improved vision in the health insurance experiment. *Am J Public Health*, 79(5), 640–642. <https://doi.org/10.2105/AJPH.79.5.640>
- Markovitz, A. A. & Ryan, A. M. (2017). Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity? *Medical Care Research and Review : MCRR*, 74(1), 3–78. <https://doi.org/10.1177/1077558715619282>
- Mathes, T., Pieper, D., Morche, J., Polus, S., Jaschinski, T. & Eikermann, M. (2019). Pay for performance for hospitals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD011156. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011156.pub2>
- McMurray, J. J. V., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K. et al. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 33(14), 1787–1847. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs104>
- McNamara, P. (2006). Foreword: payment matters? The next chapter. *Medical Care Research and Review : MCRR*, 63(1 Suppl), 5S-10S. <https://doi.org/10.1177/1077558705283651>
- Medizin-Portal der KAGes. (2018). *HerzMobil Steiermark*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.patienten-portal.kages.at/cms/ziel/7760191/DE/>
- Mendelson, A., Kondo, K., Damberg, C., Low, A., Motúapuaka, M., Freeman, M. et al. (2017). The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 166(5), 341–353. <https://doi.org/10.7326/M16-1881>
- Metzler, B., Köhler, A., Schindelwig, K., Wechselberger, E., Zwick, R., Pachinger, O. et al. (2007). Machbarkeit und Effizienz einer extramuralen Nachsorge von Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz - das Tiroler Modell. *Journal für Kardiologie*, 14(1-2), 13–17. Zugriff am 17.07.2017. Verfügbar unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/6262.pdf>
- Milstein, R. & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125–1140. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>
- Modre-Osprian, R. (2016a). *HerzMobil Tirol. Kollaboratives Herzinsuffizienz-Versorgungsnetzwerk mit mobilfunkbasierten Telemonitoring*, Wien.
- Modre-Osprian, R. (2016b). *HerzMobil Tirol: Kollaboratives Herzinsuffizienz-Versorgungsnetzwerk mit mobilfunkbasierten Telemonitoring*.
- Modre-Osprian, R. (2018a). *Herzmobil Tirol. Erster telemedizinischer Behandlungspfad im österreichischen Gesundheitswesen*. Vienna Health Care Lectures, Wien. Zugriff am 03.02.2020. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.713288&version=1575391492>
- Modre-Osprian, R. (2018b). *HerzMobil Tirol: Erster telemedizinischer Behandlungspfad im österreichischen Gesundheitswesen*. Vienna Healthcare Lectures 2018, Vienna. Zugriff am 14.12.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.713288&version=1575391492>
- Modre-Osprian, R. (2019). *Versorgungsprogramm Herzmobil. Konkreter Nutzen von Personal Reported Data*. Erfahrungsaustausch CCIV „Personal Reported Data“, Wien.

- Mörrtl, D. (2016). State of the Art Herzinsuffizienz. *Österreichische Ärztezeitung*, (8), 20–30. Zugriff am 13.12.2021. Verfügbar unter: <http://boei.or.at/wp-content/uploads/2020/10/INT1604.pdf>
- Mörrtl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A. et al. (2017). Disease management programs in chronic heart failure. Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23-24), 869–878. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0>
- Mossialos, E., Allin, S. & Ladurner, J. (2006). Framework performance assessment. Report for the main Association of Austrian Social Security Institution.
- Mosterd, A. & Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart (British Cardiac Society)*, 93(9), 1137–1146. <https://doi.org/10.1136/hrt.2003.025270>
- MUG. (2017). *Disease Management Programm "Therapie aktiv - Diabetes im Griff". Konzept zu Evaluierung* (Medizinische Universität Graz, Hrsg.). Graz.
- Neumann, A., Mostardt, S., Biermann, J., Gelbrich, G., Goehler, A., Geisler, B. P. et al. (2015). Cost-effectiveness and cost-utility of a structured collaborative disease management in the Interdisciplinary Network for Heart Failure (INH) study. *Clinical Research in Cardiology : Official Journal of the German Cardiac Society*, 104(4), 304–309. <https://doi.org/10.1007/s00392-014-0781-4>
- ÖGK. (o.D.a). *Integrierte Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz in OÖ* (Österreichische Gesundheitskasse, Hrsg.). Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.703624&version=1504>
- ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse, Hrsg.). (o.D.b). *Über die Österreichische Gesundheitskasse*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.852101&portal=oegkportal>
- ÖGK. (2020). *Herzinsuffizienz* (Österreichische Gesundheitskasse, Hrsg.). Zugriff am 14.12.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.834706&portal=oegkportal>
- Ogundeji, Y. K., Bland, J. M. & Sheldon, T. A. (2016). The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy*, 120(10), 1141–1150. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.002>
- OÖGKK. (2017). *Einschluss und Procedere im Herzinsuffizienz Projekt* (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Hrsg.). Linz.
- Österreichische Sozialversicherung. (o.D.). *SV Primärversorgung*. Zugriff am 22.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.sv-primarversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796740&portal=esvporta>
- Otruba, B. (2016 unveröffentlicht). *Konzept: Integrierte Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz in OÖ. (Pilot für ca. 275 Patienten)*, Linz.
- Pandor, A., Thokala, P., Gomersall, T., Baalbaki, H., Stevens, J. W., Wang, J. et al. (2013). Home telemonitoring or structured telephone support programmes after recent discharge in patients with heart failure: systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 17(32), 1-207, v-vi. <https://doi.org/10.3310/hta17320>
- Paris, V. & Docteur, E. (2007). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland*. *OECD Health Working Papers No. 27*. <https://doi.org/10.1787/136157357151>
- Poelzl, G., Egelseer-Bruendl, T., Pfeifer, B., Modre-Osprian, R., Welte, S., Fetz, B. et al. (2021). Feasibility and effectiveness of a multidimensional post-discharge disease management programme for heart failure patients in clinical practice: the HerzMobil Tirol

- programme. *Clinical Research in Cardiology : Official Journal of the German Cardiac Society*. <https://doi.org/10.1007/s00392-021-01912-0>
- Poelzl, G., Fetz, B., Altenberger, J., Fritsch, M., Auer, J., Stachl, E. et al. (2020). Heart failure disease management programs in Austria 2019 : A systematic survey of the Heart Failure Working Group and the Working Group for Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 132(11-12), 310–321. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01615-y>
- Polanczyk, C. A., Ruschel, K. B., Castilho, F. M. & Ribeiro, A. L. (2019). Quality Measures in Heart Failure: the Past, the Present, and the Future. *Current Heart Failure Reports*, 16(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s11897-019-0417-0>
- Pölzl, G. (2015). *HerzMobil Tirol Phase III. Beschreibung des Behandlungsprozesses*.
- Pölzl, G., Dunzendorfer, A. & Ammenwerth, E. (2017). Kollaborative Herzinsuffizienz-Versorgung mit mobilfunkbasiertem Telemonitoring in Tirol.
- Pölzl, G. (2014). Telemedizin in der Kardiologie. Das HerzMobil Tirol Projekt. *Wiener medizinische Wochenschrift*, (01), 18–20.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S. et al. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal of Heart Failure*, 18(8), 891–975. <https://doi.org/10.1002/ejhf.592>
- PPS Pressedienst. (2021). *Studie zeigt Erfolg von strukturierten Diabetes-Behandlungen*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.presseportal-schweiz.ch/pressemitteilungen/studie-zeigt-erfolg-strukturierten-diabetes-behandlungen>
- Romeyke, T. (2020). *Komplextherapie bei chronisch kranken Patienten und Incentivierung der Leistungserbringer – Ein Modell für „Pay for Quality“?* UMIT - Private University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology.
- Röttger, J., Blümel, M. & Busse, R. (2017). Selective enrollment in Disease Management Programs for coronary heart disease in Germany - An analysis based on cross-sectional survey and administrative claims data. *BMC Health Services Research*, 17(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2162-y>
- Schang, L., Thomson, S. & Cypionka, T. (2016). Explaining differences in stakeholder take up of disease management programmes: A comparative analysis of policy implementation in Austria and Germany. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 120(3), 281–292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.002>
- Schulung Ärzte und DGKS, Schulung der Patienten*. (2021 unveröffentlicht).
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (o.D.). *Der Bund kurz erklärt*. Zugriff am 15.05.2021. Verfügbar unter: <https://www.ch-info.swiss/>
- Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J. et al. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD008451. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008451.pub2>
- Siebert, U. (2003). When should decision-analytic modeling be used in the economic evaluation of health care? *Eur J Health Econom*, 4, 143–150. <https://doi.org/10.1007/s10198-003-0205-2>
- Squires, D. (2009). The Swiss Health Care System, 2009. In: Thomson S et al., eds. *International profiles of health care systems*. New York (NY), The Commonwealth Fund:50–53.

- StatA. (2021). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2019* (Statistik Austria, Hrsg.). Wien. Zugriff am 13.12.2021. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=495
- Stewart, S. (2005). Financial aspects of heart failure programs of care. *European Journal of Heart Failure*, 7(3), 423–428. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2005.01.001>
- Stewart, S., Jenkins, A., Buchan, S., McGuire, A., Capewell, S. & McMurray, J. J. V. (2002). The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *European Journal of Heart Failure*, 4(3), 361–371.
- Tello, J. E., Barbazza, E. & Waddell, K. (2020). Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(1), 12–24. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.006>
- Thokala, P., Baalbaki, H., Brennan, A., Pandor, A., Stevens, J. W., Gomersall, T. et al. (2013). Telemonitoring after discharge from hospital with heart failure: cost-effectiveness modelling of alternative service designs. *BMJ Open*, 3(9), e003250. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003250>
- Universitätsklinikum Krems. (2016). *10 Jahre Herzinsuffizienz im Universitätsklinikum Krems*.
- Van de Ven, W. P. M. M., Beck, K., van de Voorde, C., Wasem, J. & Zmora, I. (2007). Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 83(2-3), 162–179. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.12.004>
- Van Herck, P., Smedt, D. de, Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B. & Sermeus, W. (2010). Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*, 10, 247. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-247>
- Vdek (Verband der Ersatzkassen, Hrsg.). (2021). *Disease-Management-Programme (DMP): Chronische Herzinsuffizienz (HI)*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/Aerzte/DMP/herzinsuffizienz.html>
- Victor Aboyans, Martin Björck, Marianne Brodmann, Jean-Philippe Collet, Martin Czerny, Marco De Carlo et al. (2018). Questions and Answers on Diagnosis and Management of Patients with Peripheral Arterial Diseases: A Companion Document of the 2017 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 55(4), 457–464. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2017.08.014>
- WHO. (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches* (World Health Organization, Hrsg.). Copenhagen: European observatory on health systems and policies. Zugriff am 30.05.2018. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/270729/Assessing-chronic-disease-management-in-European-health-systems.pdf
- WHO (World Health Organization, Hrsg.). (2021). *Global Health Expenditure Database*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <http://apps.who.int/nha/database>
- Yuan, B., He, L., Meng, Q. & Jia, L. (2017a). Payment methods for outpatient care facilities. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD011153. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011153.pub2>
- Yuan, B., He, L., Meng, Q. & Jia, L. (2017b). Payment methods for outpatient care facilities. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD011153. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011153.pub2>
- Zaresani, A. & Scott, A. (2021). Is the evidence on the effectiveness of pay for performance schemes in healthcare changing? Evidence from a meta-regression analysis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06118-8>

Ziegler, A. & Rabe, K. F. (2015). Sind deutsche Disease-Management-Programme wirksam?
Dtsch Med Wochenschr, 140(6), 417. <https://doi.org/10.1055/s-0041-101074>

8.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Finanzströme im Zusammenhang mit der Bezahlung der Betreuung chronisch Kranker	626
Abbildung 2: Zweck der finanziellen Anreize für die Versorgung chronischer Krankheiten	633
Abbildung 3: Zuständigkeiten im Gesundheitssystem in Österreich	Fehler! Textmarke nicht definiert.

8.3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Traditionelle Formen der Vergütung von Anbieterinnen bzw. Anbietern und mögliche induzierte Anreize	629
Tabelle 2: Traditionelle Formen der Vergütung von Institutionen und mögliche induzierte Anreize	630
Tabelle 3: Übersicht Disease-Management-Programme Chronische Herzinsuffizienz in Österreich	637
Tabelle 4: Beispiele der Vergütung von Zusatzleistungen in DMPs laut Vereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigungen	646

ANHANG A: LITERATUR (PILOT-)PROJEKTE DISEASE-MANAGEMENT CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

Überblick der zur Verfügung gestellten Literatur über (Pilot-)Projekte Disease-Management chronische Herzinsuffizienz in Österreich

Autoren	Jahr	DMP	Region	Dokumententyp	Titel	Finanzierungsaspekt
AIT (AIT, 2016)	2016	CHI, Telemedizin, DMP weitere	A, mehrere Bundesländer	Presseaussendung	Digital Healthcare – innovative Telemedizin im Dienste des Patienten	Nein
AIT, SV, Gesundheitsfonds Steiermark, KAGes (KAGes, 2018)	2018	CHI	Steiermark	Qualitätsbericht	Evaluierung von HerzMobil Steiermark (Kollaborative Herzinsuffizienz-Versorgung mit mobilfunkbasiertem Telemonitoring)	Nein
VAEB, KAGES, Gesundheitsfonds Steiermark, STGKK, AIT, IFGP, EPIG (KAGes & VAEB, 2017)	2017	Diabetes mellitus, Hypertonie und Herzinsuffizienz	Mürztal	Leitfaden für die Pilotphase	Telemonitoring und telemedizinische Versorgung in Bezug auf die Indikationen Diabetes mellitus, Hypertonie und Herzinsuffizienz in der Pilotregion Mürztal	Die Finanzierung erfolgt über Mittel des Gesundheitsfonds Steiermark, der als Fördergeber fungiert. Fördernehmer sind die VAEB und KAGES. Insgesamt stehen Mittel in Höhe von € 510.000 zur Verfügung. Die Details dazu sind im Fördervertrag zwischen Gesundheitsfonds als Fördergeber sowie VAEB und KAGES als gemeinsame Fördernehmer geregelt.
Altenberger, J. (Altenberger, 2012a)	2012	Herzinsuffizienz	Salzburg (Kardiomobil), Niederösterreich (telefon-basiertes Nursing),Graz/Linz, Tirol	Presseaussendung	Herzinsuffizienz-Managementprogramme werden bereits realisiert	Nein
Altenberger, J. (Altenberger, 2012b)	2012	Herzinsuffizienz	Salzburg (Kardiomobil), „Kremsner Modell“ telefonbasiertes Nursing, Tirol „HerzMobil“	Presseaussendung	Nurse-based Care: Kardio-Mobil-Rehabilitation und Disease-Management-Programme	Nein

Autoren	Jahr	DMP	Region	Dokumententyp	Titel	Finanzierungsaspekt
Ammenwerth, E. und Fuchs, E. (Ammenwerth & Fuchs, 2016)	2016	HerzMobil Tirol	Tirol	Qualitätsbericht	Evaluierung von HerzMobil Tirol 2016 Kollaborative Herzinsuffizienz-Versorgung mit mobilfunkbasiertem Telemonitoring in Tirol	Nein
Fetz, B. (Fetz, 2016)	2016	HerzMobil Tirol	Tirol	Präsentation	Integrierte Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz am Beispiel von HerzMobil Tirol	Nein
Modre-Osprian, R. (Modre-Osprian, 2016b)	2016	HerzMobil Tirol	Tirol	Präsentation	HerzMobil Tirol – Kollaborative Herzinsuffizienz-Versorgungsnetzwerk mit mobilfunkbasierten Telemonitoring	Nein
Modre-Osprian, R. (Modre-Osprian, 2018b)	2018	HerzMobil Tirol	Tirol	Präsentation	HerzMobil Tirol – Erster telemedizinischer Behandlungspfad im österreichischen Gesundheitswesen	Juli 2017 – Ende Projektfinanzierung. Regelfinanzierung: Koordinator Netzwerkärzteschaft – Pauschaltarif Pflegefachkräfte – stationär/mobil Klinikärzteschaft Medizinische Leitung IT-Infrastruktur/Software/Geräte
Pözl, G. (Pözl, 2014)	2014	HerzMobil Tirol	Tirol	Wissenschaftliche Publikation	Telemedizin in der Kardiologie – Das HerzMobil-Tirol-Projekt	Das HerzMobil-Tirol-Projekt wird vom Land Tirol, dem Krankenhaus-träger TILAK und dem Austrian Institute of Technology (AIT) getragen und derzeit als Pilotprojekt geführt.
Pözl, G. (Pözl, 2015)	2015	HerzMobil Tirol	Tirol	Bericht Entwurf	HerzMobil Tirol Phase III	Nein

Autoren	Jahr	DMP	Region	Dokumententyp	Titel	Finanzierungsaspekt
Pölzl, G. (Pölzl, Dunderdorfer & Ammenwerth, 2017)	2017	HerzMobil Tirol	Tirol	Bericht	Kollaborative Herzinsuffizienz-Versorgung mit mobilfunkbasiertem Telemonitoring in Tirol	„Die Kosten des Versorgungsprogramms HerzMobil Tirol wurden in Fixkosten und variable Kosten eingeteilt. Die Fixkosten beinhalten Kosten für den Koordinator und den ärztlichen Leiter des Netzwerkes, die Bereitstellung und Wartung der telemedizinischen Software sowie deren Betrieb (Hosting) bei den Tirol Kliniken. Die variablen Kosten umfassen Aufwände der Klinikärzteschaft, der HI-Pflegefachkräfte, der Netzwerkärzteschaft und patientenbezogene Kosten des telemedizinischen Software-Service. Die Kosten des telemedizinischen Software-Service beinhalten Aufwände für den technischen Help-desk und das Telemonitoring-Equipment. Die Kosten der Netzwerkärzteschaft umfassen die telemedizinische Tätigkeit der Ärzte, Ordinationsbesuche der Patienten und Laboruntersuchungen. Die telemedizinischen Tätigkeiten könnten in Form einer Pauschale abgedeckt und Ordinationsbesuche und Laboruntersuchungen im niedergelassenen Bereich durch einen Tarif im bestehenden Gebührenkatalog abgegolten werden. Analog dazu sollte für die Aufwände der Klinikärzteschaft und der HI-Pflegefachkräften im Klinikbereich ein Tarif zur Abrechnung festgelegt werden.“

Autoren	Jahr	DMP	Region	Dokumententyp	Titel	Finanzierungsaspekt
Modre-Osprian, R. (Modre-Osprian, 2019)	2019	HerzMobil Tirol/Herz Mobil Steuer- mark	Tirol und Steuer- mark	Präsentation	Versorgungsprogramm Herz- Mobil – Konkreter Nutzen von Personal Reported Data. Die Umsetzung von HerzMobil Steiermark wird vom Gesund- heitsfonds Steiermark geför- dert. Das Versorgungspro- gramm wird im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark von der KAGES umgesetzt. Die telemedizinische Lösung stammt vom Austrian Insti- tute of Technology (AIT).	Nein
AVOS (AVOS, 2020a)	2020	KardioMobil	Salzburg	Kurzbericht Web- seite	„Kardiomobil“ – Schwestern- basierte Heimbetreuung für Herzschwächepatienten	Nein
AVOS (AVOS, 2020b)		KardioMobil	Salzburg	Präsentation	KardioMobil-Heimbetreuung für Herzinsuffizienzpatientin- nen und -patienten	Nein
BHS (BHS, 2007)	2007	KardioMobil	OÖ mit Überblick mobilen Heimbe- treuungsprojekt in OÖ	Webseite	KardioMobil: Start des ersten OÖ Heimbetreuungsprojekts für Herzinsuffizienzpatienten	Nein
Böhmer, A. (Böhmer, 2012)	2012	KardioMobil, Telemonito- ring, Tele- fon-Nursing	Salzburg, Linz, Krems	Zeitungsartikel	HI kontinuierlich im Auge be- halten wie drei österreichi- sche Vorzeigeprojekte bewei- sen	Nein
KardioMobil		KardioMobil	Salzburg	Präsentation		Öffentliche Finanzierung: 2/3 Land, 1/3 SGKK – € 70.000 bis 100.000 pro Jahr
Beneder, NM. (Bene- der, 2009)	2006	DMP Herzin- suffizienz	OÖ mit Überblick DMP	Diplomarbeit	Disease-Management-Pro- gramme für Herzinsuffizienz- patienten und die Sicht der Allgemeinmediziner in Oberösterreich	„Therapie Aktiv“ – dieses System wird über die Gesundheitsplattfor- men der Bundesländer aus dem am- bulanten und stationären Bereich fi- nanziert

Autoren	Jahr	DMP	Region	Dokumententyp	Titel	Finanzierungsaspekt
Beneder, NM. (Beneder, Rebhandl & Frühwald, 2010)	2010	DMP Herzinsuffizienz	OÖ	Journal für Kardiologie	Disease-Management-Programme für Herzinsuffizienz-Erkrankte und die Sicht der Allgemeinmediziner in Oberösterreich	Nein
Böhmer, A. (Böhmer et al., 2011)	2011	Kremser Modell	Krems	Journal für Kardiologie	Das „Kremser Modell“: Erfolgreiches Disease-Management zur Betreuung von Personen mit Herzinsuffizienz	Es gilt Vergütungsmodelle zu entwickeln, welche den Aspekt der Finanzierung des DMPs (Mittelherkunft), die Honorierung der Beteiligten (Mittelverwendung) sowie Anreizsysteme zur Motivation der Beteiligten umfassen. Die konkrete Ausgestaltung der Finanzierung und Honorierung ist Verhandlungssache zwischen dem entsprechenden Bundesland und den Sozialversicherungsträgern bzw. zwischen den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer. Basierend auf den entwickelten Honorierungs- und Tarifvorschlägen in verschiedenen Ausgestaltungen, erfolgen im Zuge der Implementierung des DMPs die Verhandlungen und Detailabstimmungen mit den Vertragspartnern. Finanzielle Mittel: Der beste Anreiz, die Gruppe der sozial schwachen Patienten zu erreichen, wäre die Ausschüttung finanzieller Mittel. Diese könnte sowohl in direkter Form, sowie indirekt erfolgen. Aufgrund der derzeitigen österreichischen Gesetzeslage bzgl. der Gleichbehandlung aller Patienten dürfen für Patienten jedoch keine finanziellen Anreize gesetzt werden.

Autoren	Jahr	DMP	Region	Dokumententyp	Titel	Finanzierungsaspekt
Universitätsklinikum Krems (Universitätsklinikum Krems, 2016)	2014	Kremser Modell (Ambulante Herzinsuffizienzbetreuung)	Krems (NÖ)	Pressemitteilung	10 Jahre Herzinsuffizienz im Universitätsklinikum Krems	Nein
Hülsmann, M. (Hülsmann & Preinreich, 2016)	2016	Überblick, Expertentreffen			Aktuelles: Disease Management bei Herzinsuffizienz – Forderung und Herausforderung Zusammenfassung des Expertentreffens vom 8. Oktober 2015	Die Kosten für ein DMP werden von der Expertenrunde sehr unterschiedlich beziffert: Pro Patient und Jahr sind € 300 bis 1.000 zu veranschlagen. Diese sehr großen Unterschiede sind durch die unterschiedlichen Leistungsintensitäten erklärbar. Dr. Steffen Mark Sonntag wurde das telebasierte deutsche CORDIVA-Programm vorgestellt, das von Krankenkassen finanziert wird. Das von OA Dr. Armin Böhmer betreute „Kremser Modell“ fußt ebenfalls auf einer Widmung der Gesundheitsausgaben seitens der öffentlichen Hand: Es wurde zunächst vom niederösterreichischen Reformpoolprojekt „Kardiologische Versorgung“ getragen und ist seit 2009 regelfinanziert, um Telemonitoring zu evaluieren.
HVB (HVB, 2014)	2014				Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärzte	Nein
HVB (HVB, 2016a)	2016				Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärzten	Nein

Autoren	Jahr	DMP	Region	Dokumententyp	Titel	Finanzierungsaspekt
Pözl, G. und Metzler, B. et al. (Metzler et al., 2007)	2007	Hybrid Post-discharge-Ser-vice-Management (home visits by specialized heart failure nurses)	Innsbruck area (Tirol)	Wissenschaftliche Publikation	Machbarkeit und Effizienz einer extramuralen Nachsorge von Personen mit dekompensierter Herzinsuffizienz – das Tiroler Modell	Es wird geschätzt, dass die Reduktion der Wiedereinweisungsrate in der Interventionsgruppe eine Verringerung der Gesundheitskosten von ca. € 2.266 pro Patientenjahr ausmacht. Die Anwendung dieses hybriden Nachentlassungsmodells in Tirol kann zu Einsparungen bei den Gesundheitskosten von etwa € 1.172.820 pro Jahr führen. Besonderes Augenmerk wurde in dieser Studie auf die anfallenden Behandlungskosten gelegt. Dabei errechneten sich für den Raum Innsbruck Kosten von € 232/Tag für die stationäre Behandlung einer Person mit dekompensierter HI. Dieser Betrag setzt sich aus ärztlichen und pflegerischen Leistungen, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung, sowie Labor, EKG, Ultraschall und sonstigen Untersuchungsleistungen zusammen. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der Patienten in der Studie betrug in beiden Gruppen zehn Tage. Geht man von einer durchschnittlichen Zeit bis zur Wiederaufnahme von 127 Tagen in der Interventions- und 84 Tagen in der Kontrollgruppe aus, errechnet sich eine jährliche Wiederaufnahmerate von 2,59 bzw. 3,77. Legt man den Tages-satz von € 232 zugrunde, so entspricht dies Gesamtkosten, einschließlich des Indexaufenthaltes, von € 8.329/pro Patient und Jahr in der Interventions- und von € 11.066 in der Kontrollgruppe. Das ergibt eine Differenz von € 2.737. Davon abzuziehen sind die Kosten für die diplomierte HI-Pflegekraft, die im Rahmen der Studie € 15/Besuch betrug. Ausgehend von durchschnittlich 15,7 Hausbesuchen pro Patient während des sechsmonatigen Beobachtungszeitraumes ergeben sich dadurch Kosten von € 471 pro Patient und Jahr. Insgesamt errechnet sich somit eine potenzielle Nettoeinsparung von € 2.266 pro Patient und Jahr. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von zehn Tagen betragen die Gesamtkosten – weitgehend identische Behandlungskosten in allen Krankenhäusern vorausgesetzt – für die stationäre Behandlung ca. € 3.800.160/Jahr. Geht man von einer Reduktion der Krankenhauswiederaufnahmen durch ein Hybrid-Betreuungsmodell von absolut 41% aus, würde das eine Reduktion von 671 stationären Aufnahmen pro Jahr bedeuten. Die Einsparung von 6.710 stationären Behandlungstagen ergäbe eine Reduktion der Krankenhauskosten um € 1.556.720/Jahr.

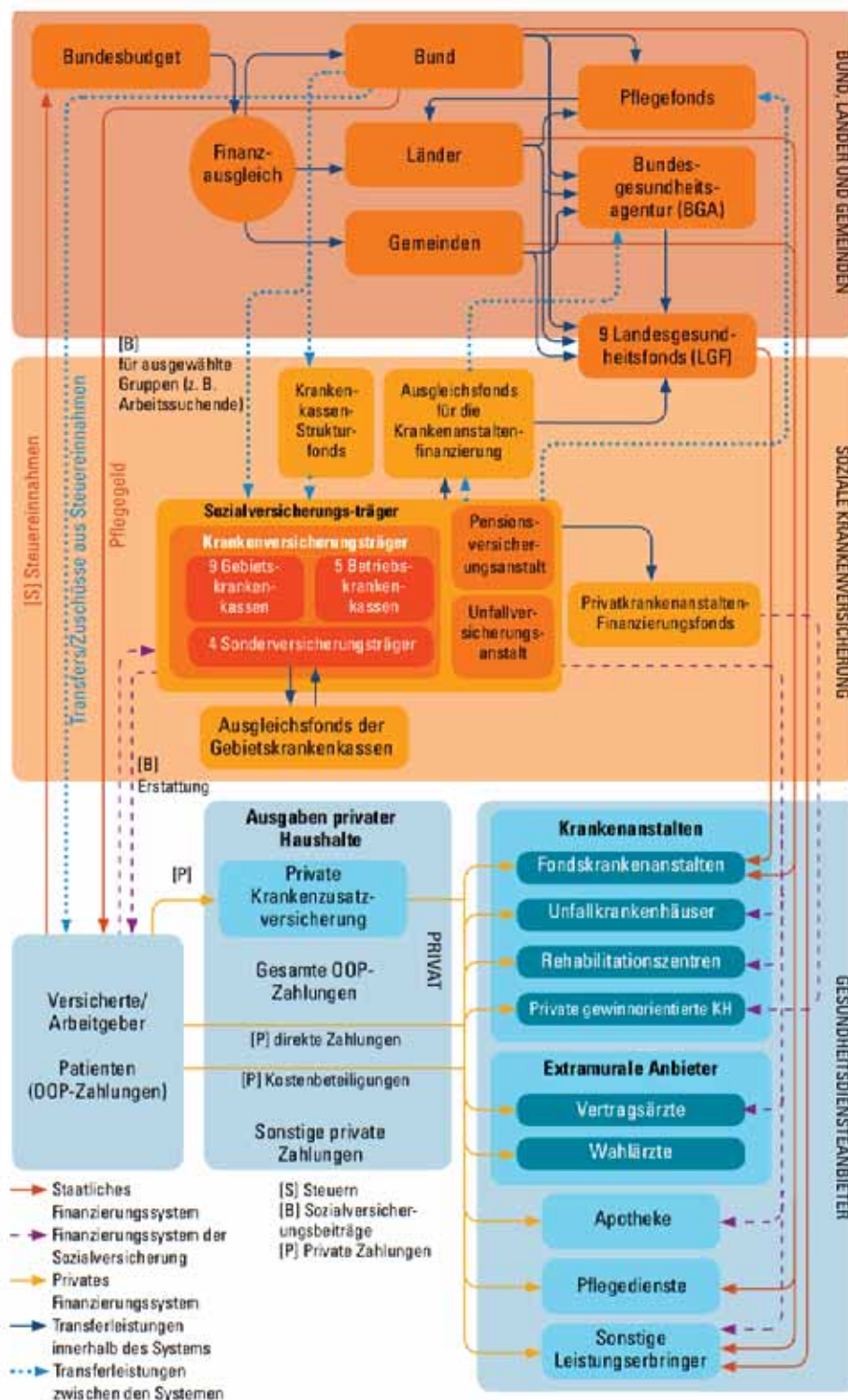
Autoren	Jahr	DMP	Region	Dokumententyp	Titel	Finanzierungsaspekt
Mörtl, D. (Mörtl et al., 2017)	2017	Multidisciplinary DMPs (position paper)	-	Wissenschaftliche Publikation	Disease management programs in heart failure: half a century of an unmet need	Nein
Schulungshinweise (unveröffentlicht)	-	-	-	Schulung für Ärzte, DGKP und Patienten main points	Zu schulung sind Ärzteschaft, DGKP und erkrankte Personen, die im Pilotprojekt mitmachen	Nein
OÖGKK (OÖGKK, 2017)	2017	Herzinsuffizienz-Projekt	OÖGKK, SVB, VAEB und SVA	Richtlinien-Zusammenfassung	Einschluss und Procedure im Herzinsuffizienz-Projekt	Nein
Otruba, B. (Otruba, 2016 unveröffentlicht)	2016	Pilotprojekt Integrierte Versorgung für HI	Linz, Linz-Land, Rohrbach	Bericht	Integrierte Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz in OÖ (Pilot für ca. 275 Patienten)	Das Projekt wird von der Sozialversicherung und vom Land OÖ. Jeweils zu 50% finanziert.

OÖGKK vormals Oberösterreichische Gebietskrankenkasse jetzt Öösterreichische Gesundheitskasse Landesstelle Steiermark, SVA – vormals Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft jetzt SVS; SVB – vormals Sozialversicherungsanstalt der Bauern jetzt SVS; VAEB – vormals Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau jetzt BVAEB.

ANHANG B: ÜBERSICHT DER QUALITÄTSINDIKATOREN TEILKONZEPT „QUALITÄTS- UND RISIKOMANAGEMENT“ UND DEREN ABDECKUNG IN DER HONORARORDNUNG

Qualitätsindikator (vgl. Teil VI „Qualitäts- und Risikomanagement“)	Durch Honorarordnung (Allgemeinmedizin ÖGK) abgedeckt
02-D Spezifische körperliche Untersuchung im Rahmen der Erstabklärung	Ja
03-Dokumentierte Komorbiditäten im Rahmen der Erstabklärung	Nein
04-D Elektrokardiographie im Rahmen der Erstabklärung	Ja
05-D Echokardiographie im Rahmen der Erstabklärung	Ja
08-D Dokumentierte NYHA-Klassifikation bei Erstdiagnose	Nein
09-D Abklärung durch Kardiologe	Ja
12-MT Behandlung mit ACE-Hemmer oder ARB	Ja
13-MT Behandlung mit Betablockern	Ja
14-MT Behandlung mit ACE-Hemmer oder ARB und Betablocker	Ja
18-MT Behandlung mit Antikoagulantien	Ja
21-MT Erreichen der Zieldosis oder der maximal tolerierten Dosis	Ja
27-NMT Schulung zur Überwachung des Gewichts	Nein
28-NMT Beratung über Impfungen	Nein
32-KV Kontrolle bei dem betreuenden Arzt alle drei Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	Ja
33-KV Jährliche Echokardiographie bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	Ja
34-KV Kontrolle bei dem Kardiologen alle 12 bis 18 Monate bei stabilen Patienten mit niedrigem Risiko	Ja
35-KV Kontrolle bei dem Kardiologen mindestens alle drei Monaten bei Patienten mit hohem Risiko	Ja
36-KV Regelmäßige Betreuung in Spezialeinrichtungen bei Patienten mit sehr hohem Risiko	Ja
37-KV Regelmäßige NYHA-Klassifikation	Nein
38-KV Regelmäßige Laborkontrollen	Ja

ANHANG C: FINANZIERUNGSSTRÖME IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSSYSTEM (WHO, 2019)



ANHANG D: VERGÜTUNGSMECHANISMEN VON LEISTUNGSERBRINGERN (WHO, 2019)

BUNDESMINISTERIEN (Z.B. BMA/GK)		LÄNDER	SOZIALE KRANKEN- VERSICHERUNG ¹	PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG	KOSTENBETEILIGUNGEN	DIREKTZAHLUNGEN
STATIONÄRE VERSÖRGUNG	STATIONÄRE LEISTUNGEN		Finanziert durch LGF oder PRIKRAF, DRG-basiertes System (LKF-System), ergänzt durch die Betriebsabgangsdeckung (nur öffentliche Krankenanstalten)	FFS & PD	Tagessatz, Kostenbeteiligung für Angehörige bei einigen Krankenkassen	Nicht-Versicherte für alle Leistungen, Versicherte für alle nicht gedeckten Leistungen (z. B. kosmetische Operationen) Sonderklassegebühren
	STATIONÄRE SONDERKLASSE- LEISTUNGEN			PD & PS		Zusätzliche Gebühren für Sonderklasse (PD, PS) nach Land
AMBULANTE VERSÖRGUNG	SPITALAMBULANTE LEISTUNGEN		Finanziert durch LGF, DRG-basiertes System (LKF ambulant) (50% DRG-basiert + 50% prospektiv budgetierte Mittel)		Kostenbeteiligung z.B. für BVA-, SVA- und SVB-Versicherte	
	ALLGEMEIN- & FACHÄRZTE (INKL. ZAHNÄRZTE)			FFS	Fester Prozentsatz bei Krankenversicherungs- trägern bestimmter Berufsgruppen (z. B. Bauern, Beamte)	Nicht-Versicherte für alle Leistungen; Versicherte für alle nicht gedeckten Leistungen und Leistungen von Wahlärzten (80% des Kassentarifs wird erstattet)
	SELBSTÄNDIGE AMBULATORIEN					
WEITERE VERSÖRGUNG	ARZNEIMITTEL			Erstattung von bestimmten zusätzlichen Arzneimitteln	Rezeptgebühr	Aufschlag auf OTC-Arzneimittel und Selbstzahlung von Arzneimitteln, die unter die Rezeptgebührengrenze fallen
	REHABILITATION			PD für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden	Einkommensabhängiger Tagessatz (PD)	Sonderklassegebühren
	STATIONÄRE PFLEGE- UND BETREUUNGSDIENSTE TAGESBETREUUNG		Investitionsförderungen, Tages-/Stundensätze, die nach Anbieter und Land variieren	Tages-/Stundensätze	Tages-/Stundensätze (einkommensabhängig)	Tagessätze (einige Länder)
	MOBILE PFLEGE- UND BETREUUNGSDIENSTE					FFS (einige Länder)

¹ Inklusive andere Sparten der gesetzlichen Sozialversicherung (z.B. Unfall- und Pensionsversicherung); FFS – Fee-for-Service (Einzelleistungsvergütung); FP – Fallpauschale; LGF – Landesgesundheitsfonds; OTC – Over-the-Counter-Arzneimittel; PD – Per Diem (Tagessatz); PRIKRAF – Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds; PS – Per Service (pro Leistung).

ANHANG E: PAY-FOR-PERFORMANCE ÜBERBLICK ERGEBNISSE LITERATURSUCHE

Author, year	Title	Study type	Countries	Objectives	Settings	Effectiveness (yes/no) and evidence
Diabetes reviews and meta-analyses						
Gupta, 2019* (Gupta & Ayles, 2019)	Effects of pay-for-performance for primary care physicians on diabetes outcomes in single-payer health systems: a systematic review	SR	AUS, CAN, DNK, ITA, SWE, TWN, UK	SR on whether P4P for physicians in primary and community care leads to better diabetes outcomes in single-payer national health insurance systems.	Outpatient (primary and community care for diabetes)	Mixed evidence
Gupta, 2020* (Gupta & Ayles, 2020)	The evidence gap on gendered impacts of performance-based financing among family physicians for chronic disease care: a systematic review reanalysis in contexts of single-payer universal coverage	SR reanalysis	AUS, CAN, DNK, ITA, SWE, TWN, UK	SR on how P4P for diabetes services impacts on gender equity in patient outcomes and the physician workforce.	Outpatient (primary care for diabetes services and management)	Does not report on efficiency
Huang, 2013 (Huang et al., 2013)	Impact of pay-for-performance on management of diabetes: a systematic review	SR	-	Review and synthesize published evidence of pay-for-performance (P4P) effects on management of diabetes.	Physicians	Positive effects in most indicators, but inconsistent results
Curtin, 2006 (Curtin, Beckman, Pankow, Milillo & Greene, 2006)	Return on Investment in Pay-for-Performance: A Diabetes Case Study	Cost calculation and retrospective analysis	US	Compare the overall costs of implementing and maintaining a pay-for-performance program with the resulting cost trend savings for diabetes care for a health maintenance organization's (HMO's) population.	Physicians for diabetes care	Costs for all components of care decreased during the intervention years, but the decrease was most significant for hospital costs (6.8%).

Author, year	Title	Study type	Countries	Objectives	Settings	Effectiveness (yes/no) and evidence
Other types of studies on diabetes						
Chang, 2012 (Chang, Lin & Aron, 2012)	A Pay-For-Performance Program in Taiwan Improved Care for some Diabetes Patients, but Doctors may have excluded sicker ones	Retrospective cohort study	TWN	Study the pattern of enrollment of patients with diabetes in the first five years of a pay-for-performance program in Taiwan's National Health Insurance Program from 2001 through 2005.	Outpatient	Huge increase of quality of care for enrolled patients, but healthiest patients were likely to be selected.
Reviews and meta-analyses on other diseases						
de Bruin, 2011* (Bruin et al., 2011)	Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature	SR	US, AUS, GER	Overview of P4P schemes used to stimulate delivery of chronic care through disease management and to provide insight into their effects on healthcare quality and costs.	Chronic care through disease management	Yes, on quality of care
Yuan, 2017* (Yuan et al., 2017b)	Payment methods for outpatient care facilities (Review)	Cochrane review	AFG, BDI, CHN, COD, RWA, TZA, UK, US	Assess the impact of different payment methods on the performance of outpatient care facilities and to analyze the differences in impact of payment methods in different settings.	Outpatient (primary health care and mental health care)	Uncertain or slight increase of tests/treatments utilisation by physicians (varies by type of payment). No effect on patients' use of health services and adherence to quality assurance criteria.
Eijkenaar, 2013* (Eijkenaar et al., 2013)	Effects of pay-for-performance in health care: A systematic review of systematic reviews	SR of SRs	Mostly US and UK, and others	Comprehensive overview of effects of P4P in a broad sense.	Both, but mostly primary care	No. Some spillover effects. Design features are important in reaching desired effects.
Emmert, 2012 (Emmert et al., 2012)	Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review	SR	US, TWN	To identify and analyze the existing literature regarding economic evaluation of P4P.	P4P initiatives in general	Not demonstrated

Author, year	Title	Study type	Countries	Objectives	Settings	Effectiveness (yes/no) and evidence
Kondo, 2016 (Kondo et al., 2016)	Implementation Processes and Pay-for-Performance in Healthcare: A Systematic Review	SR	US, UK, CAN, AUS, FRA, NLD, TWN	SR and key informant (KI) interviews to better understand the implementation factors that modify the effectiveness of P4P.	Ambulatory, hospital, nursing homes	Not conclusive
Kondo, 2018 (Kondo et al., 2018)	Pay-for-Performance and Veteran Care in the VHA and the Community: a Systematic Review	SR	US	SR and key informant interviews to better understand the effectiveness and potential unintended consequences of P4P, as well as the implementation factors and design features important in both VHA (Veterans Health Administration) and non-VHA/community settings.	Veteran Health Administration (VHA) and non-VHA/community settings	No strong evidence
Markovitz, 2017 (Markovitz & Ryan, 2017)	Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity?	Review	US, UK, CAN	Literature review on hospital and physician performance in P4P varied by patient and catchment area factors, organizational and structural capabilities, and P4P program characteristics.	Physician practices and hospitals	Affected by different factors. Differs depending on different factors
Mathes, 2019 (Mathes et al., 2019)	Pay-for-performance for hospitals (Review)	Cochrane review	USA, ENG, FRA	Assess the impact of P4P for in-hospital delivered health care on the quality of care, resource use and equity	Inpatient (hospitals)	No, uncertain or small effect
van Herck, 2010 (van Herck et al., 2010)	Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care	SR	USA, UK, AUS, GER, SPA	SR on P4P effects, as well as evidence on the impact of design choices and contextual mediators on these effects. Effect domains include clinical effectiveness, access and equity, coordination and continuity, patient-centeredness, and cost-effectiveness.	Primary care or acute hospital care medicine	Depends on the primary mission of the program (support minimal quality standard or boosting quality improvement). It also varies according to design choices and characteristics of the context of the P4P intervention.

Author, year	Title	Study type	Countries	Objectives	Settings	Effectiveness (yes/no) and evidence
Zaresani, 2021 (Zaresani & Scott, 2021)	Is the evidence on the effectiveness of pay-for-performance schemes in healthcare changing? Evidence from a meta-regression analysis	Meta-regression analysis	?	Investigate if the evidence on the success of the P4P schemes in healthcare is changing as the schemes continue to evolve by updating a previous SR. They update the SR from Scott et al., 2011	Hospital (inpatient) or primary care physicians (outpatient)	Influenced by different factors of type of payment
Houle, 2012 (Houle et al., 2012)	Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care?	SR	UK, US, CAN	Evaluate the effect of P4P remuneration targeting individual health care providers.	Outpatient: Mostly preventive care or screening, chronic medical conditions care, both	No or very small, varies by study design
Mendelson, 2017 (Mendelson et al., 2017)	The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care	SR	Mostly UK and US, TWN, CAN, ITA, KOR, FRA, AUS, NLD, ITA	Update a prior review on the effects of P4P programs targeted at the physician, group, managerial, or institutional level on processes of care and patient outcomes in ambulatory and inpatient settings.	Ambulatory and inpatient settings	Ambulatory care → low-strength evidence improving process-of-care outcomes in the short term, limited evidence in the long term. No consistent effect in intermediate health outcomes. Insufficient evidence for patient health outcomes. Hospital → low-strength evidence for no or little effect on patient health outcomes and a positive effect on the reduction of hospital readmissions.

Author, year	Title	Study type	Countries	Objectives	Settings	Effectiveness (yes/no) and evidence
Milstein, 2016 (Milstein & Schreyoegg, 2016)	A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD-countries	SR	OECD countries (AUS, CAN, DNK, ENG, FRA, ISR, ITA, JPN, LUX, NOR, KOR, TUR, US)	Overview of 34 existing P4P programs in the inpatient sector in 14 OECD-countries. It assembles information on the design and effects of these P4P systems and discusses whether evaluations of such programs allow preliminary conclusions on the effects of P4P.	Inpatient	Inconclusive
Ogundeji, 2016 (Ogundeji et al., 2016)	The Effectiveness of Payment for Performance in health care: a meta-analysis and exploration of variation in outcomes	SR and meta-analysis	?	Systematic analysis on the effects of P4P.	Health care services providers	Depends on study designs and payment characteristics
Scott, 2011 (Scott et al., 2011)	The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (Review)	Cochrane review	US, UK, GER	Examine the effect of changes in the method and level of payment on the quality of care provided by primary care physicians (PCPs) and to identify: I) the different types of financial incentives that have improved quality; II) the characteristics of patient populations for whom quality of care has been improved by financial incentives; III) the characteristics of PCPs who have responded to financial incentives.	Primary care	Small or no effect on quality of care for some primary outcomes.

Author, year	Title	Study type	Countries	Objectives	Settings	Effectiveness (yes/no) and evidence
Tello, 2020 (Tello et al., 2020)	Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards	Review	BLR, KGZ, GEO, MKD	Catalogue a wide range of quality of care mechanisms and evidence on their effectiveness, and to map these in a framework along two dimensions: (I) governance sub-functions; and (II) targets of quality of care mechanisms.	Health system	Varies depending on the mechanism. More evidence of effectiveness found in the governance sub-functions for setting priorities and standards and organizing and monitoring for action.
Langdown, 2013 (Langdown & Peckham, 2014)	The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review	SR	UK	Examine the evidence on the efficacy of the scheme for improving health outcomes, its impact on non-incentivized activities and the robustness of the clinical targets adopted in the scheme.	Primary care	Strong evidence that quality and outcomes framework (QOF – P4P scheme) initially improved health outcomes for a limited number of conditions only but then went to normal.
Custers, 2008 (Custers, Hurley, Klazinga & Brown, 2008)	Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance	Review and policy principles	CAN	Develop a decision framework to assist policymakers in choosing and designing effective incentive systems.	Health care system	9 incentive models were defined to be appropriate for use in Ontario and potentially other health care systems. No single best approach to create incentives and it depends on many elements.
Other types of studies on other diseases						
Jha, 2012 (Jha, Joynt, Orav & Epstein, 2012)	The Long-Term Effect of Premier Pay-for-Performance on Patient Outcomes	Cohort study	US	Assess the long-term effect of the Medicare Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID) on patient outcomes in patients with acute myocardial infarction, congestive heart failure, pneumonia or who underwent coronary-artery bypass grafting (CABG)	Hospitals (inpatient)	No evidence found in decreasing 30-day mortality in hospitals with premier pay-for-performance.

Die Ergebnisse stammen aus einem Review rein englischsprachiger Literatur und wurden daher in der Originalsprache übernommen* **Studies with reference to DMP**, AFG – Afghanistan, AUS – Australia, BDI – Burundi, BLR – Belarus, CAN – Canada, CHN – China, COD – Republic of Congo, DNK – Denmark, ENG – England, FRA – France, GEO – Georgia, GER – Germany, ISR – Israel, ITA – Italy, JPN – Japan, KGZ – Kirgizstan, KOR – Korea, LUX – Luxembourg, MKD – North Macedonia, NLD – The Netherlands, NOR – Norway, P4P – pay-for-performance, RWA – Rwanda, SPA – Spain, SR – Systematic Review, SWE – Sweden, TUR – Turkey, TWN – Taiwan, TZN – Tanzania, UK – United Kingdom, US – United States

Teil IX

Kommunikation und Marketing



Matthes, Jörg

Binder, Alice

Mayrhofer, Mira

Neureiter, Ariadne

Universität Wien, 2021

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
CHI	Chronische Herzinsuffizienz
DMP	Disease-Management-Programm
HI	Herzinsuffizienz
WHO	World Health Organisation

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	689
1. HINTERGRUND UND ZIEL	692
1.1. Zielgruppen möglicher Kommunikationsstrategien	692
1.1.1. Patientinnen bzw. Patienten	693
1.1.2. Gesundheitspersonal	694
1.1.3. Allgemeine Bevölkerung	694
1.1.4. Journalistinnen bzw. Journalisten	695
2. DETAILLIERTE METHODISCHE HERANGEHENSWEISE	695
2.1. Modul 1: Systematische Literaturrecherche	696
2.1.1. Systematisches Vorgehen bei der Analyse	696
2.2. Modul 2: Qualitative Interviews	698
2.2.1. Themen und Aufbau der Leitfäden	699
2.2.2. Genereller Ablauf der qualitativen Interviews	700
2.3. Modul 3: Quantitative Befragung der Bevölkerung	703
2.3.1. Vorgehen und Stichprobe der Befragung	703
3. ERGEBNISSE	704
3.1. Ergebnisse Modul 1: Systematische Literaturrecherche	704
3.1.1. DMPs allgemein	704
3.1.2. Spezielle Formen von DMPs	705
3.1.3. Patientinnen bzw. Patienten	708
3.1.4. Gesundheitspersonal	711
3.1.5. Kommunikation und Marketing von DMPs	716
3.1.6. Marketing-Eckpfeiler in der Literatur	722
3.2. Ergebnisse Modul 2: Qualitative Interviews	724
3.2.1. Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten	724
3.2.2. Interviews mit Gesundheitspersonal	733
3.2.3. Interviews mit Journalistinnen bzw. Journalisten	749
3.3. Ergebnisse Modul 3: Befragung der allgemeinen Bevölkerung	754
3.3.1. DMPs allgemein	754
3.3.2. Spezielle Formen von DMPs	756
3.3.3. Charakteristika Allgemeine Bevölkerung/Patientinnen bzw. Patienten	757
3.3.4. Gesundheitspersonal	757

3.3.5.	Kommunikation und Marketing von DMPs	758
3.3.6.	Kommunikations-Tools im Rahmen von DMPs	758
4.	SYNTHESE DER ERGEBNISSE – BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	759
4.1.	Patientinnen bzw. Patienten	759
4.2.	Gesundheitspersonal	762
4.3.	Allgemeine Bevölkerung	764
4.4.	Journalistinnen bzw. Journalisten	765
5.	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ERFOLGREICHE KOMMUNIKATION VON DMPS	767
5.1.	Kommunikationskonzept	767
5.1.1.	Schritt 1: Kommunikation mit Gesundheitspersonal	768
5.1.2.	Schritt 2: Awareness-Kampagne	771
5.1.3.	Schritt 3: Activation-Kampagne	774
6.	VERZEICHNISSE	777
6.1.	Literaturverzeichnis	777
6.2.	Abbildungsverzeichnis	790
6.3.	Tabellenverzeichnis	790
	ANHANG A: LEITFÄDEN DER INTERVIEWS	791
	ANHANG B: ZIELGRUPPEN-BESCHREIBUNG DER JOURNALISTINNEN BZW. JOURNALISTEN	802
	ANHANG C: ZENTRALE KONSTRUKTE DER BEFRAGUNG DER ALLGEMEINEN BEVÖLKERUNG	803

1. HINTERGRUND UND ZIEL

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) der österreichischen bundesweiten Krankenversicherungsträger ist unter anderem für die Erstellung von Rahmenkonzepten für Disease-Management-Programme (DMPs) in Österreich befasst. DMPs sollen dabei helfen, einen strukturierten Versorgungsplan für chronisch Erkrankte zu erstellen und somit deren Lebensqualität zu verbessern oder zu erhalten. Zusammenfassend werden DMPs mit dem Ziel eingeführt, die Versorgung langfristig zu verbessern. DMPs umfassen u.a. regelmäßige Arzttermine mit Beratungsgesprächen und Untersuchungen sowie die Vermittlung von Hintergrundinformationen zum Beispiel durch Schulungen. Obwohl die Wirksamkeit von DMPs und vergleichbaren strukturierten Versorgungsprogrammen in Bezug auf gesundheitliche Aspekte der Betroffenen chronischer Krankheiten bereits durch Studien belegt wurde (Mörtl et al., 2017; WHO Europe, 2015), liegt die Inanspruchnahme von DMPs durch Patientinnen bzw. Patienten oftmals unter der gewünschten Anzahl (Rechnungshof Österreich, 2019). Zurzeit ist das einzige in ganz Österreich laufende DMP, das sogenannte Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, auf die Betreuung von Diabetespatientinnen bzw. -patienten fokussiert. Einige weitere Programme sind regional ausgerollt.

Das CCIV wurde damit beauftragt, die Grundlagen für ein österreichweites einheitliches modulares DMP für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (CHI) zu schaffen. Hierzu wurde eine Strategie erarbeitet, in der unterschiedliche Forschungsgruppen je nach Expertise Teilkonzepte mit Empfehlungen zu u. a. den Bereichen „Patientinnen bzw. Patienten-Empowerment“, „Fortbildung der Gesundheitsberufe“ und „Telemonitoring“ erstellen. Die Advertising and Media Psychology-Forschungsgruppe (AdMe Research Group) des Institutes für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien wurde mit dem Teilkonzept zum Thema Kommunikation und Marketing beauftragt. Das Projekt wurde Ende 2020 in Auftrag gegeben. Das Projektteam setzt sich aus Univ.-Prof. Dr. Jörg Matthes, Dr. Alice Binder, Dr. Mira Mayrhofer und Mag. Ariadne Neureiter, MSc zusammen.

Ziel des Teilkonzeptes Kommunikation und Marketing ist es, konkrete Vorgaben und Empfehlungen für die Kommunikation und das Marketing für ein DMP – spezifiziert auf das Krankheitsbild ‚chronische Herzinsuffizienz‘ – zu erarbeiten.

Dieses Forschungsziel soll für die unterschiedlichen Zielgruppen möglicher Kommunikationsstrategien konkretisiert werden.

1.1. Zielgruppen möglicher Kommunikationsstrategien

Ziel ist es, die Einführung eines DMPs für CHI mit kommunikativen Strategien, die auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnitten sind, zu erleichtern. Folglich soll herausgefunden werden, wie die Bekanntheit gefördert bzw. das Interesse an einem DMP für chronische Herzinsuffizienz geweckt werden kann und welche Kommunikations-Tools im Rahmen eines DMPs eine Teilnahme anregen können. Auf Basis einer umfassenden Stakeholder-Analyse (vgl. Competence Center Integrierte Versorgung, 2020) lassen sich die folgenden vier Hauptzielgruppen aus Kommunikationssicht ausmachen: Patientinnen bzw. Patienten, Gesundheitspersonal, Journalistinnen bzw. Journalisten sowie die allgemeine Bevölkerung (siehe Abbildung 1). Die erfolgreiche Ansprache dieser Zielgruppen ist für die Einführung und Umsetzung des DMPs entscheidend. In den nachfolgenden Abschnitten werden die einzelnen Zielgruppen näher beschrieben.



Abbildung 1: Zielgruppen von Kommunikations- und Marketingstrategien

1.1.1. Patientinnen bzw. Patienten

Patientinnen bzw. Patienten mit CHI sind die Hauptzielgruppe einer strukturierten Versorgung. Die Teilnahme an DMPs ist freiwillig. Um eine freiwillige Teilnahme anzuregen, ist die Frage zentral, welche Ansprüche mögliche Patientinnen bzw. Patienten an ein solches Programm stellen. Hier wird u.a. auf die Awareness des Programmes durch Patientinnen bzw. Patienten und ganz speziell auf ihr Empowerment gesetzt. Ein besonderes Augenmerk wird daraufgelegt werden, wie sich Patientinnen bzw. Patienten unterscheiden, die bereits an einem DMP teilnehmen und Patientinnen bzw. Patienten, die an solchen Programmen nicht teilnehmen. Erste Studien aus Deutschland zeigen, dass vor allem jüngere und gesundheitlich fittere Erkrankte bzw. gesundheitsbewusste Patientinnen bzw. Patienten an DMPs teilnehmen (Schick, 2018). Hier stellt sich selbstverständlich die Frage, wie auch andere Patientinnen- bzw. Patienten-Gruppen erreicht werden können. Ein weiterer Fokus sollte auf die Inanspruchnahme von Telekommunikationsformen, Apps, oder telefonbasiertem Nursing, ähnlich wie bei dem DMP „HerzMobil“, gelegt werden (von der Heide et al., 2014). In diesem Bereich könnten potenzielle Hürden auf Seiten der Patientinnen bzw. Patienten liegen.

Folgende Fragen werden u. a. in dem Teilkonzept Kommunikation/Marketing in Bezug auf die Zielgruppe Patientinnen bzw. Patienten beantwortet:

- Welche Informationen brauchen die Patientinnen bzw. Patienten, um motiviert zu werden, bei einem DMP mitzumachen?
- Welche subjektiven Vorstellungen über die Vorteile und Nachteile des DMP liegen vor?
- Was sind die zentralen Faktoren für die Motivation und Demotivation zur Teilnahme?
- Wie können sowohl die Awareness als auch das Empowerment der Patientinnen bzw. Patienten durch Kommunikations-Tools erhöht werden?

- Wie müssen Kommunikationsmöglichkeiten eingebunden werden, damit Patientinnen bzw. Patienten auch motiviert bleiben?

1.1.2. Gesundheitspersonal

Ärztinnen bzw. Ärzte, Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe können bei der Durchführung von DMPs als ‚Gatekeeper‘ bezeichnet werden. Bei der Implementierung von DMPs nehmen sie die Schlüsselrolle ein (Mörthl et al., 2017). Das Gesundheitspersonal kann dabei sowohl als Informationsvermittler, aber auch als Motivator agieren. Folglich ist die detaillierte Untersuchung dieser Gruppe als sehr wichtig zu erachten. Erste Umfragen mit Ärztinnen bzw. Ärzten zeigen auf, dass vor allem der bürokratische Aufwand und die aufwändige Umsetzung als Hürden zur Inanspruchnahme von DMPs wahrgenommen werden (Schick, 2018). Es fehlt jedoch eine detaillierte Einsicht darüber, wie die Motivation des Gesundheitspersonals gesteigert werden kann, um die Patientinnen bzw. Patienten zu einer Teilnahme zu motivieren. Um unterschiedliche Sichtweisen mit einzubeziehen, sollen hier sowohl Hausärztinnen bzw. -ärzte, Kardiologinnen bzw. Kardiologen, Internistinnen bzw. Internisten, Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe angesprochen werden, um die Hürden sowie die mögliche Überwindung der Hürden zu beleuchten. Ebenso müssen auch medizinische Fachgesellschaften berücksichtigt werden, da diese für das Gesundheitspersonal eine zentrale Orientierung bieten.

Insgesamt ist es von zentraler Bedeutung, verschiedene Kontextbedingungen des Gesundheitspersonals zu berücksichtigen, wie beispielsweise Stadt-Land-Unterschiede, Größe und Auslastung der Einrichtungen oder potentielle Sprachbarrieren von Patientinnen bzw. Patienten, die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen. Folgende Fragen werden u. a. in dem Teilkonzept Kommunikation/Marketing in Bezug auf diese Zielgruppe beantwortet:

- Was braucht das Gesundheitspersonal, um ein DMP erfolgreich umsetzen zu können?
- Welche Hürden, Sorgen sowie praktische und fachliche Bedenken bestehen?
- Welche Möglichkeiten sieht das Gesundheitspersonal, Patientinnen bzw. Patienten zur Teilnahme zu motivieren?
- Welche Kommunikations-Tools können eingesetzt werden?

1.1.3. Allgemeine Bevölkerung

Wie oben bereits erwähnt, ist das Gesundheitspersonal bei der Entscheidung von Patientinnen bzw. Patienten, an einem DMP teilzunehmen, ein entscheidender Einflussfaktor. Das Gesundheitspersonal ist jedoch nicht die einzige Informationsquelle für die Patientinnen bzw. Patienten. Eine wichtige Quelle sind ebenso Angehörige, Freundinnen bzw. Freunde oder Bekannte, Arbeitskolleginnen bzw. -kollegen sowie weitere Personen im sozialen Umfeld von (potenziellen) Patientinnen bzw. Patienten. Der breiten Öffentlichkeit wurde in den aktuellen Ausführungen jedoch kaum Beachtung geschenkt, obwohl gerade hier die Awareness für DMPs deutlich gesteigert werden kann. Durch die Ansprache der allgemeinen Bevölkerung können auf indirektem Weg mögliche Patientinnen bzw. Patienten für das DMP zur Teilnahme aktiviert werden. Potenzielle Patientinnen bzw. Patienten können auch mit einem DMP in Kontakt kommen, bevor sie selbst betroffen sind bzw. erkranken. Derartige Vorerfahrungen und Grunderwartungen können bei der zukünftigen Entscheidung über eine Teilnahme an einem DMP eine Rolle spielen.

Folgende Fragen werden u. a. in dem Teilkonzept Kommunikation/Marketing in Bezug auf die Zielgruppe allgemeine Bevölkerung beantwortet:

- Wie nimmt die breite Öffentlichkeit das DMP sowie andere DMPs wahr?
- Was sind die Einstellungen und das Wissen gegenüber diesem?
- Welche Erwartungen und Ansprüche bestehen gegenüber dem DMP?
- Würden Individuen aus der allgemeinen Bevölkerung die Teilnahme an einem DMP Angehörigen oder Bekannten empfehlen? (Warum Ja, warum Nein?)

1.1.4. Journalistinnen bzw. Journalisten

Schließlich können Journalistinnen bzw. Journalisten als weitere wichtige Informationsvermittler beschrieben werden. Vor allem bei der Einführung von DMPs können sie Ärztinnen bzw. Ärzte, Patientinnen bzw. Patienten und auch die allgemeine Bevölkerung über diese informieren. Überdies können sie als wichtige Informationsquellen für die Annahme möglicher Kommunikations-Tools, die im Rahmen eines DMPs eingesetzt werden, bezeichnet werden, da sie die Reaktion ihrer Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer in der Regel gut einschätzen können.

Folgende Fragen werden u. a. in dem Teilkonzept Kommunikation/Marketing in Bezug auf die Zielgruppe Journalistinnen bzw. Journalisten beantwortet:

- Welche Sichtweise haben Journalistinnen bzw. Journalisten über das DMPs im Allgemeinen und speziell über das DMP in Österreich?
- Was sind die Vorstellungen der Journalistinnen bzw. Journalisten, wie DMPs effektiv an die jeweiligen Zielgruppen kommuniziert werden können?
- Wie wurde bisher über die Einführung von DMPs journalistisch berichtet?
- Was sind Anlässe und Motivationen zur Berichterstattung über das DMP und welche Informationen werden hierfür benötigt?

2. DETAILLIERTE METHODISCHE HERANGEHENSWEISE

Ziel des Teilkonzeptes Kommunikation/Marketing ist es zum einen, herauszufinden, welche Ansprüche, Hürden und Wünsche die einzelnen Zielgruppen an ein DMP CHI haben und zum anderen sollen konkrete Empfehlungen für den Einsatz von Kommunikations- und Marketing-Tools gegeben werden.

Ein Mehrmethodendesign aus einem strukturierten Literaturreview, Leitfadeninterviews mit den vorab skizzierten Zielgruppen (siehe dazu Abschnitt 1.1.) und eine quantitative Befragung der allgemeinen Bevölkerung erlaubt es, das Thema umfassend zu bearbeiten. Abbildung 2 gibt einen Überblick der gewählten Methoden.

Modul 1: Systematische Literaturanalyse
Durchführung: • Detaillierte Recherche der Kommunikationsstrategie • Ableitung erster möglicher Strategien
Modul 2: Qualitative Interviews
Teilnehmer: • 20 Patienten • 21 Hausärzte/Kardiologen/Pflegefachkräfte/Verantwortliche von Fachgesellschaften • 6 Journalisten Befragungsform: • Leitfadeninterviews online, telefonisch oder in Person
Modul 3: Quantitative Befragung der Bevölkerung
Teilnehmer: • Allgemeine Bevölkerung in Österreich ab 18 Jahren (N = 513) Befragungsform: • Online, mit einem externen Befragungsinstitut

Abbildung 2: Modulübersicht

2.1. Modul 1: Systematische Literaturrecherche

Bevor mit der direkten Ansprache der Zielgruppen begonnen wurde, wurde eine detaillierte Bestandsaufnahme der Literatur zum Thema Kommunikation und Marketing von DMPs und vergleichbaren Programmen vorgenommen. Dabei wurde sowohl internationale, als auch nationale Forschung miteinbezogen (Birnbäum & Braun, 2010; Häussler & Berger, 2004; Schick, 2018; von der Heide et al., 2014). Dementsprechend wurde Literatur in deutscher Sprache gesichtet, aber vor allem auch Studienpublikationen in englischer Sprache, da auch viele Forschungseinrichtungen im deutschen Raum in englischsprachigen Fachzeitschriften publizieren.

Um Erkenntnisse in unterschiedlichen Themenfeldern miteinzubeziehen, wurde ein breites Recherche-Netz ausgeworfen. Um nicht nur Forschung im medizinischen, sondern auch in interdisziplinären Bereichen (u. a. Kommunikation und Marketing) abzubilden, wurden die folgenden drei Datenbanken ausgewählt: Web of Science (Core Collection), PubMed und Medline (Ovid).

2.1.1. Systematisches Vorgehen bei der Analyse

In einem ersten Schritt wurde die forschungsleitende Frage folgendermaßen formuliert:

How to effectively communicate/marketing/promote disease management/health care/care improvement/structured treatment programmes/initiatives/campaigns/interventions to people with chronic heart failure/heart disease/cardiovascular disease/cardiac failure/cardiac insufficiency?

Aus dieser übergeleiteten Fragestellung ergab sich folgender Suchstring für eine umfassende systematische Literaturrecherche:

("heart failure" OR "heart disease" OR "cardiovascular disease" OR "cardiac failure" OR "cardiac insufficiency") AND ("disease management" OR "care management" OR "health care" OR "care improvement" OR "structured treatment") AND ("program*" OR "initiative*" OR "campaign*" OR "intervention*") AND ("communication*" OR "marketing" OR "promotion") NOT ("postmarket*" OR "post-market*").

Da es sich um eine sehr weit gefasste Kombination an Begriffen handelte, konnten in einem ersten Sample 803 Artikel über Web of Science, 1.260 über PubMed und 999 über MedLine aufgefunden werden. Weiters wurde eine Handsuche auf Google und GoogleScholar durchgeführt, die zusätzlich zu 11 relevanten Veröffentlichungen führte. Wie bereits erwähnt, wurde bewusst von einem sehr offenen Anfangssample ausgegangen, um die Interdisziplinarität und Komplexität des Themas abzubilden. Insgesamt ergab die erste Suche ein Sample von 3.062 Artikeln (siehe Abbildung 3).

In einem zweiten Arbeitsschritt konnten 1.319 Artikel als Duplikate ausgeschlossen werden. In einem dritten Arbeitsschritt wurden 549 Artikel anhand einer Analyse des Titels ausgeschlossen. Hierbei handelte es sich um Publikationen, die eindeutig einem anderen Themenfeld zugeordnet werden konnten. In einem vierten Schritt wurden von 1.195 Publikationen die Abstracts gesichtet, wobei sich 476 als relevant erwiesen und folglich in die weitere Volltextanalyse aufgenommen wurden.

Die relevanten 476 wissenschaftlichen Artikel wurden anhand des Abstracts in Themenblöcke kategorisiert, um in der Volltextanalyse eine Vergleichbarkeit der Erkenntnisse zu erleichtern. Die folgenden Kategorien ergaben sich durch die Analyse:

- Marketing und Kommunikation von medizinischen Interventionen/Programmen allgemein zu Herzinsuffizienz,
- Kommunikation und medizinische Interventionen/Programme von/mit Gesundheitspersonal,
- Kommunikation und medizinische Interventionen/Programme von/mit Familienmitgliedern, Freundinnen bzw. Freunden, Gesellschaftsgruppen/dem sozialen Umfeld,
- Kommunikation von Eigenverantwortung von Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen medizinischer Interventionen/Programme,
- Kommunikation und medizinische Interventionen/Programme für Patientinnen bzw. Patienten mit besonderen Bedürfnissen,
- Kommunikation von Telemonitoring im Rahmen medizinischer Interventionen/Programme.

Nach einer Sichtung der Volltexte von 476 relevanten Veröffentlichungen, wurden 328 Paper für eine weitere Analyse – aufgrund der folgenden Gründe – ausgeschlossen:

- Die Veröffentlichung beinhaltet keine Krankheiten, wie z.B. chronische Herzinsuffizienz,

- Die Veröffentlichung behandelt ausschließlich medizinische Parameter. Interventionen werden zu spärlich beschrieben, um Kommunikations-, oder Marketingstrategien abzuleiten,
- Die Veröffentlichung basiert auf einer zu kleinen und engen Zielgruppe, aufgrund der keine Generalisierung der Ergebnisse vorgenommen werden kann,
- Die Veröffentlichung konzentriert sich auf ein Thema, das thematisch von DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprogrammen zu weit entfernt ist (z.B. reine Einhaltung der medikamentösen Verschreibung).

Nach Ausschluss dieser 328 Paper, ergab die Volltextanalyse ein endgültiges Sample von 148 relevanten Artikeln (siehe Abbildung 3).

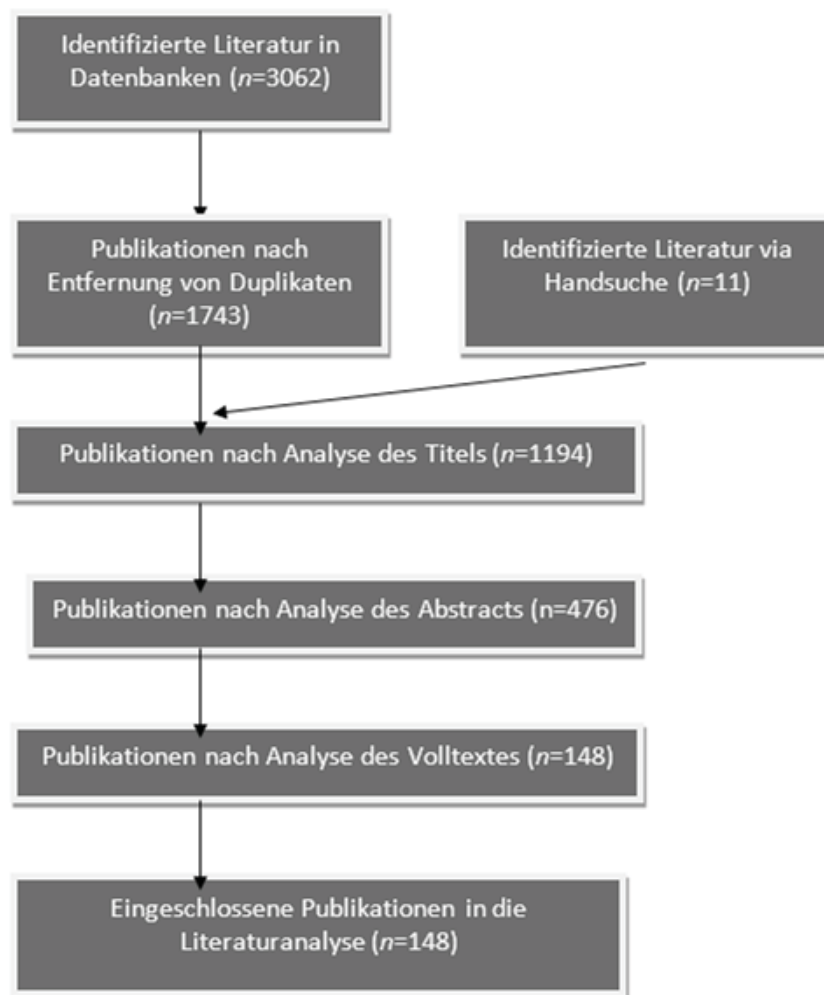


Abbildung 3: Ergebnisse der systematischen Literaturanalyse

Mit Hilfe der systematischen Literaturanalyse wird als erstes Ziel des Teilkonzeptes Kommunikation/Marketing eine Übersicht über vorhandene Literatur geschaffen. Die Erkenntnisse der Literaturanalyse werden in das zweite Studienmodul miteinbezogen und dort erneut aufgegriffen.

2.2. Modul 2: Qualitative Interviews

Um mögliche Hürden, Wünsche, Bedenken bzw. die generelle Awareness von DMPs zu erörtern, wurden semi-strukturierte qualitative Leitfadeninterviews mit Patientinnen bzw.

Patienten, mit dem Gesundheitspersonal (Ärztinnen bzw. Ärzten, medizinischen Assistenzberufen, Pflegepersonen, Fachgesellschaftsvertreterinnen bzw. -vertretern) und mit Journalistinnen bzw. Journalisten durchgeführt. Die Interviewleitfäden wurden auf Basis der Ausschreibungsunterlagen des CCIV, der Ergebnisse der systematischen Literaturanalyse und in Absprache mit dem CCIV erstellt. Drei, an die jeweilige Zielgruppe angepasste, Leitfäden wurden konzipiert (siehe Anhang).

2.2.1. Themen und Aufbau der Leitfäden

Der Leitfaden, der sich an Patientinnen bzw. Patienten mit CHI richtet, setzt sich aus 15 Fragen zusammen. Der Fragebogen für Patientinnen bzw. Patienten wurde bewusst kürzer gehalten als der Leitfaden für das Gesundheitspersonal und für Journalistinnen bzw. Journalisten, damit bei dieser Zielgruppe eine Überforderung – aufgrund von fortgeschrittenem Alter oder niedriger Gesundheitskompetenz – vermieden wird. Der Interviewleitfaden für Patientinnen bzw. Patienten gliedert sich in drei Teile: Im ersten Abschnitt wird das Wissen über DMPs, die Erfahrung mit DMPs sowie die Einstellung zu DMPs erfragt. Des Weiteren werden Motivatoren bzw. Hürden zur Teilnahme an DMPs thematisiert (Clark, Barbour & McIntyre, 2002; Clarke, Niederdeppe & Lundell, 2012; Fort et al., 2015; Harkins et al., 2010; Horrell & Kneipp, 2017; McClaran et al., 2001; Miller, 2012). In Folge wird erfragt, wie den Patientinnen bzw. Patienten ihr gesundheitliches Risiko kommuniziert wurde und welche Kommunikations- und Informationsmaterialien sie hierbei – sowie generell im Rahmen eines DMPs – begrüßen würden (Bjerrum, Hamm, Toft, Munck & Kragstrup, 2002; Brodie, Inoue & Shaw, 2008; Jordan, Slater & Kottke, 2008; Kennedy & Hales, 2018; Krumholz et al., 2006). Zuletzt folgen Fragen zur Einschätzung der Fähigkeiten in Bezug auf das Selbstmanagement der Erkrankung sowie der Evaluation potentieller Unterstützung von Familie und Gemeinschaft (Brenner, 2002; Courtney-Pratt, Johnson, Cameron-Tucker & Sanderson, 2012; Fuster, Kelly & Vedanthan, 2011; Piette et al., 2008; Voils et al., 2011).

Der Leitfaden, der sich an das Gesundheitspersonal richtet, enthält 21 Fragen, die in mehrere Themenblöcke eingegliedert sind. Zu Beginn werden Einstellungen und Erfahrungen zu/mit DMPs abgefragt (McClaran et al., 2001; Wändell et al., 2018) sowie Motivatoren, Hürden oder Bedenken, an DMPs teilzunehmen (Rodriguez et al., 2014; Wändell et al., 2018). Des Weiteren wird eine mögliche Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Rahmen von DMPs thematisiert (Byszewski, Azad, Molnar & Amos, 2010; Kennedy & Hales, 2018). Danach wird näher auf Informationen, die benötigt werden, um die Teilnahme an einem DMP in Betracht zu ziehen, sowie auf Ressourcen, die bei einer Durchführung notwendig sind, eingegangen. Der nächste Teil widmet sich der Einschätzung des Gesundheitspersonals hinsichtlich der Patientinnen bzw. Patienten, die für die Teilnahme an einem DMP geeignet wären. Einerseits wird danach gefragt, welche Patientinnen bzw. Patienten als Zielgruppe für ein DMP als passend angesehen werden, und andererseits, wie Gesundheitspersonal diese motivieren und mit ihnen kommunizieren soll (Brenner, 2002; Brokaw et al., 2015; Evangelista et al., 2010; Fernandez, Davidson, Griffiths, Juergens & Salamonson, 2009; Laws et al., 2013; McClaran et al., 2001; Sidebottom et al., 2021; Smeets et al., 2019). Folgend wird erfragt, welche Werbe-, Informations- und Kommunikationsmaterialien für Gesundheitspersonal wertvoll wären (Feder, Griffiths, Eldridge & Spence, 1999; Fernandez et al., 2009; Shahim et al., 2018; Siddharthan et al., 2016). Danach wird ergründet, wie das Gesundheitspersonal sowohl die Fähigkeiten des Selbstmanagements chronischer Patientinnen bzw. Patienten einschätzt, als auch wie potentielle Unterstützung von Familie und dem sozialen Umfeld im Rahmen eines DMPs bewertet wird (Aziz, Riddell, Absetz, Brand & Oldenburg, 2018; Brenner, 2002; Mittelmark, Hunt, Heath & Schmid, 1993; Piette

et al., 2008; Voltelen, Konradsen & Østergaard, 2018). Schlussendlich wird ganz konkret nach einem DMP für chronische Herzinsuffizienz gefragt und mögliche Motivatoren sowie Anreize für eine Teilnahme von Gesundheitspersonal sowie Patientinnen bzw. Patienten beleuchtet.

Der Leitfaden für Journalistinnen bzw. Journalisten soll einen Einblick in die mediale Informationsvermittlung in Bezug auf DMPs geben (Fuster et al., 2011). In einem ersten Schritt wird das Wissen von Journalistinnen bzw. Journalisten über DMPs sowie ihre Einstellung gegenüber diesen erfragt. Außerdem wird die bisherige journalistische Arbeit in diesem Themenbereich thematisiert. Fragen sind beispielsweise, ob bereits Beiträge über DMPs gestaltet wurden und wenn ja, wie genau diese journalistisch aufbereitet wurden bzw. zu welchen Anlässen darüber berichtet wurde (Brenner, 2002; Knecht & Kenning, 2016; Santa, 2013; Scott & Curbow, 2006). Danach wird erfragt, wie Informationen in diesem Themenbereich eingeholt wurden bzw. werden könnten und wie ein solcher Bericht aufbereitet sein sollte. Schlussendlich wird um eine Einschätzung, in Bezug auf das Wissen und das Interesse der Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer gegenüber DMPs, gebeten.

2.2.2. Genereller Ablauf der qualitativen Interviews

Insgesamt wurden zwischen 07. Mai 2021 und 30. Juni 2021 insgesamt 47 Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten, Gesundheitspersonal und Journalistinnen bzw. Journalisten durchgeführt (siehe dazu die Tabellen 1 bis 3). Die Interviews wurden von zwei Interviewerinnen anhand der beschriebenen Interviewleitfäden durchgeführt (siehe Anhang).

Die Rekrutierung wurde durch das CCIV mit bereits bestehenden Kontakten zu Gesundheitspersonal unterstützt. Durch diese Interviews wurden dann wiederum Patientinnen bzw. Patienten rekrutiert, da Ärztinnen bzw. Ärzte dazu gewonnen wurden, diese an das Forschungsteam zu vermitteln. Zu Beginn wurden potenzielle Interview-Partnerinnen bzw. -Partner telefonisch kontaktiert. Nach einer kurzen Vorstellung der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und einer Themenbeschreibung wurde nach dem Interesse an einem qualitativen Interview zu DMPs gefragt. Wenn dieses gegeben war, wurde in einem nächsten Schritt ein geeigneter Termin für das Interview fixiert. Nach dem Telefonat wurde eine E-Mail, die einen Internetlink zu einem Zoom-Meeting beinhaltete, an jene Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer verschickt, die sich für ein Interview via Zoom zur Verfügung stellten. Auf konkreten Wunsch wurde auch eine telefonische oder Face-to-Face Durchführung angeboten und abgehalten.

Die Dauer der Interviews variierte zwischen 15 Minuten und 80 Minuten.

Interviewprozess Patientinnen bzw. Patienten

Die Rekrutierung der Patientinnen bzw. Patienten erfolgte sowohl über das Netzwerk des CCIV als auch initiativ. Die Interviews wurden in den Kalenderwochen 21 bis 26 durchgeführt. Die Rekrutierung der Patientinnen bzw. Patienten erfolgte aufgrund von (1) Einwilligung und Erreichbarkeit, (2) Bundesland, und (3) Geschlecht. 20 Patientinnen bzw. Patienten aus unterschiedlichen Bundesländern (Tirol, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Wien und Steiermark) konnten für ein Interview erreicht werden. Insgesamt wurden 6 Frauen und 14 Männer interviewt. Das Durchschnittsalter lag bei $M = 71,47$. Nur drei der Teilnehmenden hatten vor dem Interview Erfahrung mit einem strukturierten Versorgungsprogramm (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Interview-Teilnehmende – Patientinnen bzw. Patienten

No.	Bundesland	Erfahrung mit strukturierten Versorgungsprogrammen	Geschlecht	Alter	Bezeichnung
1	T	ja	weiblich	68	AN_P1
2	T	ja	männlich	70	AN_P2
3	T	ja	männlich	47	AN_P3
4	KTN	nein	weiblich	k. A.	AN_P5
5	KTN	nein	männlich	k. A.	AN_P12
6	NÖ	nein	männlich	77	AN_P6
7	NÖ	nein	weiblich	80	AN_P13
8	NÖ	nein	männlich	90	AN_P15
9	NÖ	nein	männlich	k. A.	AN_P14
10	NÖ	nein	männlich	58	AN_P13
11	OÖ	nein	männlich	79	AN_P7
12	OÖ	nein	männlich	79	AN_P8
13	OÖ	nein	männlich	78	AN_P10
14	OÖ	nein	männlich	59	AN_P11
15	OÖ	nein	weiblich	69	AN_P9
16	W	nein	männlich	56	AN_P4
17	W	nein	männlich	73	MM_P17
18	W	nein	weiblich	77	MM_P19
19	W	nein	weiblich	85	MM_P18
20	STMK	nein	männlich	70	MM_P20

Interviewprozess Gesundheitspersonal

Die Rekrutierung des Gesundheitspersonals wurde – genauso wie die Rekrutierung der Patientinnen bzw. Patienten – einerseits über das Netzwerk des CCIV durchgeführt und andererseits in Eigeninitiative. Das endgültige Interviewsample setzt sich aus 21 Interview-Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern zusammen. Für Details zu Profession, Bundesland, Versorgungseinheit und Geschlecht des Gesundheitspersonals, siehe Tabelle 2. Es wurden neun Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner interviewt, sieben Kardiologinnen bzw. Kardiologen und fünf Pflegerinnen bzw. Pfleger. Es konnten Personen aus allen neun Bundesländern gewonnen werden und ein breites Feld von Versorgungseinheiten abgedeckt werden. Zwei Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer sind Vertretungen von Fachorganisationen (ÖGAM/ÖGKV). Die Geschlechterverteilung neigt leicht zu männlichen Befragten, wobei im Pflegebereich weibliche Befragte in der Überzahl waren.

Tabelle 2: Interview-Teilnehmende – Gesundheitspersonal

No.	Kategorie	Bundesland	Versorgung	Geschlecht	Bezeichnung
	Ärzte				
1	Hausarzt	OÖ	Gemeinschaftspraxis	männlich	AN_4
2	Hausarzt	W	Gemeinschaftspraxis	männlich	MM_1
3	Hausärztin	W	Gemeinschaftspraxis	weiblich	MM_8
4	Hausarzt	W	Gemeinschaftspraxis	männlich	MM_3
5	Hausärztin	NÖ	Einzelordination – Vertretung ÖGAM	weiblich	AN_6
6	Hausarzt	W	Einzelordination	männlich	MM_5
7	Hausärztin	STMK	Einzelordination	weiblich	MM_6
8	Hausarzt	VBG	Gemeinschaftspraxis	männlich	MM_9
9	Hausarzt	STMK	Gemeinschaftspraxis	männlich	MM_10
10	Kardiologin	BGLD	Reha-Klinik	weiblich	AN_1
11	Kardiologe	NÖ	Spital	männlich	AN_8
12	Kardiologe	Wien	Spital	männlich	AN_2
13	Kardiologe	BGLD	Spital	männlich	MM_7
14	Kardiologe	SBG	Reha-Klinik	männlich	AN_3
15	Kardiologe	OÖ	Spital	männlich	AN_10
16	Kardiologin	KTN	Spital	weiblich	AN_11
	Pflegepersonen und Assistenz				
17	Pfleger	W	Gemeinschaftspraxis	männlich	MM_2
18	Ordinations- assistenz	W	Gemeinschaftspraxis	weiblich	MM_4
19	Pflegerin – Ausbildung	T	Fachbereich Pflege	weiblich	AN_7
20	Pflegerin; DGKP	T	HerzMobil Tirol	weiblich	AN_9
21	Sprecherin Pflege	W	ÖGKV	weiblich	AN_5

Interviewprozess Journalistinnen bzw. Journalisten

Die Rekrutierung der Journalistinnen bzw. Journalisten erfolgte initiativ. Dabei wurde besonders darauf geachtet, dass die jeweiligen Journalistinnen bzw. Journalisten für die Themengebiete Gesundheit und Medizin zuständig sind. Eine detaillierte Beschreibung dieser Zielgruppe findet sich im Anhang. Auch wurde ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, dass unterschiedliche Medienkanäle abgedeckt waren. So wurden Gesundheitsjournalistinnen bzw. -journalisten von Print-, Online- und Fernsehmedien befragt. Es wurden vier Journalistinnen bzw. Journalisten befragt, die Berichterstattungen für die Allgemeinbevölkerung erstellen, eine Journalistin, die vorrangig für eine medizinische Zielgruppe schreibt und eine Journalistin deren Berichterstattungen sich gezielt an Ärztinnen bzw. Ärzte richten. Für einen genaueren Überblick siehe Tabelle 3.

Tabelle 3: Interview-Teilnehmenden – Journalistinnen bzw. Journalisten

No.	Medium	Kanal	Zielgruppe	Geschlecht	Bezeichnung
1	ORF	TV/Print	Allgemein	männlich	MM_J5
2	Arzt in Wien	Print	Ärzterschaft	weiblich	MM_J1
3	Medinlive	Online	Gesundheitspersonal	weiblich	MM_J3
4	ORF	TV	Allgemein	weiblich	MM_J4
5	Kurier	Online	Allgemein	weiblich	MM_J2
6	Die Presse	Print	Allgemein	männlich	MM_J6

2.3. Modul 3: Quantitative Befragung der Bevölkerung

Die quantitative Befragung richtete sich an die allgemeine Bevölkerung. Dafür wurde die allgemeine Bevölkerung ab 18 Jahren – quotiert nach Geschlecht, Bildung und Wohnort in Österreich (Bundesland) – zu DMPs befragt. Die Teilnehmenden wurde über den externen Anbieter TalkOnline rekrutiert. Erste Erkenntnisse aus der Literaturanalyse und den Interviews wurden in den Fragebogen eingebracht – der Fokus lag dabei auf dem Image von DMPs. Erfahrung mit DMPs bzw. konkret mit der Teilnahme an einem DMP sowie Vorteile, Nutzen und Ansprüche an DMPs wurden ebenfalls erfragt. Außerdem wurde auf potenzielle Barrieren, Hürden und Bedenken bezüglich der Teilnahme an einem DMP näher eingegangen (Fort et al., 2015; Harkins et al., 2010; McClaran et al., 2001; Miller, 2012). Motivatoren, Anreize, benötigte Informationen und bevorzugte Kommunikations-Tools im Rahmen eines DMPs wurden des Weiteren ergründet (z.B. Schulungsmaterialien) (Jordan et al., 2008; Krumholz et al., 2006). Das Fragebogendesign mit Auflistung der zentralen Konstrukte, deren Messung und Ausprägungen sind im Anhang abgebildet.

2.3.1. Vorgehen und Stichprobe der Befragung

Die Datenerhebung erfolgte zwischen 18. Juni 2021 und 02. Juli 2021. Vorab wurde den Mitarbeiterinnen des CCIV der Fragebogen zur Einholung von Feedback zugeschickt und darauffolgend das Feedback eingearbeitet.

Die Teilnehmenden wurden von dem Marktforschungsunternehmen TalkOnline rekrutiert. Die Stichprobe basierte auf Quoten für die österreichische Bevölkerung in Bezug auf Alter, Geschlechterverteilung, Bildungsniveau und Bundesland.

Um die beschriebenen Forschungsfragen zu beantworten, wurden $N = 513$ Personen im Alter von 18 bis 85 Jahren ($M = 47.97$, $SD = 17.37$) befragt. Die Stichprobe bestand rund zur Hälfte aus Frauen (51.5%). Etwa zwei Drittel der Teilnehmenden hatte keine Matura (68.8%), rund ein Fünftel hatte einen Abschluss mit Matura (20.8%) und ein geringer Anteil hatte einen Fach- bzw. Hochschulabschluss (10.3%). Ungefähr die Hälfte der Probandinnen bzw. Probanden (55.9%) gab an, derzeit erwerbstätig zu sein. Die Verteilung nach Bundesländern war wie folgt: 21.8% hatten ihren Hauptwohnsitz in Wien, 19.5% in Niederösterreich, 16.8% in Oberösterreich, 13.6% in der Steiermark, 8.4% in Tirol, 6.2% in Salzburg, 5.8% in Kärnten, 4.5% in Vorarlberg und 3.3% im Burgenland.

3. ERGEBNISSE

Die Ergebnisse werden folglich, in die einzelnen Forschungsmodule unterteilt, vorgestellt.

3.1. Ergebnisse Modul 1: Systematische Literaturrecherche

Die systematisch erhobene Literatur wurde in Themenblöcke kategorisiert und analysiert. Die Erkenntnisse werden folglich nun ebenfalls im Rahmen der einzelnen Themenblöcke aufgearbeitet und zusammengefasst. Diese Ergebnisse bilden nicht nur die Basis der Leitfäden für die qualitativen Interviews und die quantitative Befragung, sondern stellen auch bereits wertvolle Empfehlungen für die Kommunikation bzw. das Marketing zu DMPs für chronische Herzinsuffizienz dar.

3.1.1. DMPs allgemein

In der wissenschaftlichen Literatur zu DMPs gibt es einige Studien, die sich auf die Effektivität von DMPs oder ähnlichen Gesundheitsprogrammen fokussieren. DMPs oder ähnliche Gesundheitsprogramme werden bei verschiedenen Erkrankungen eingesetzt, wie beispielsweise neben rheumatoider Arthritis (Kvien et al., 2020) und Diabetes (Aziz et al., 2018; Flamm et al., 2012), auch bei chronischer Herzinsuffizienz (Berra, Klieman & Hinojara, 2009; Foody et al., 2010; Unverzagt et al., 2016). Die Programme haben unterschiedliche Ziele, wie beispielsweise die Unterstützung für mehr Selbstmanagement von Patientinnen bzw. Patienten (z.B. Workshops zur Selbstkontrolle), den schnelleren Zugang von zu medizinischer Versorgung (z.B. Online-Überweisungen) und die verbesserte ‚Arzt-Patienten-Kommunikation‘ (z.B. Einsatz von Kommunikations-Tools) (Kvien et al., 2020; Ryan et al., 2011). Meist stehen bei diesen Programmen sogenannte Interventionen im Vordergrund, die beispielsweise auf mehr Bewegung oder bessere Ernährung der Patientinnen bzw. Patienten abzielen (Arija et al., 2017). Als Basis der Beurteilung, ob bestimmte Interventionen oder Programme erfolgreich und wirksam sind, werden oftmals medizinische Werte, wie kardiovaskuläre Risikofaktoren der Teilnehmenden, herangezogen (z.B. BMI, Blutdruck, Cholesterin) (Arija et al., 2017; Balcázar, Alvarado, Cantu, Pedregon & Fulwood, 2009; Cheadle et al., 2019; Schuit et al., 2006). Zusätzlich werden subjektive Faktoren beobachtet, wie beispielsweise die Wahrnehmung von Patientinnen bzw. Patienten von kardiovaskulären Risiken sowie bestehende Ressourcen, die individuell bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen helfen (Cheadle et al., 2019). Bei Betrachtung dieser Studien lässt sich erkennen, dass Programme und Interventionen bei kardiovaskulären Erkrankungen erfolgreich sind, indem sie die Gesundheit der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer fördern. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass etliche Studien DMPs oder ähnliche Gesundheitsprogramme, auch über einen längeren Zeitraum, als wirksam einschätzen (Arija et al., 2017; DeBate, Plescia, Joyner & Spann, 2004; Schuit et al., 2006). Hierbei ist anzumerken, dass die Wirksamkeit von DMPs oder ähnlichen Gesundheitsprogrammen in diesen Effektstudien unterschiedlich gemessen wurde, was generelle Aussagen zur Wirksamkeit von DMPs oder ähnlichen Gesundheitsprogrammen erschwert. Beispielsweise sollen hier zwei Studien im kardiovaskulären Bereich näher beleuchtet werden. Arija et al. (2017) untersuchten die Wirksamkeit von einem Bewegungsprogramm (120 Minuten pro Woche „Walking“ und einmal im Monat „soziokulturelles“ Treffen) auf das Risiko, an einer kardiovaskulären Krankheit zu erkranken. Neben einer Erhöhung der körperlichen Aktivität wird aufgrund einer Reduzierung der folgenden Gesundheitswerte die Wirksamkeit des Programmes festgestellt: Systolischer Blutdruck, Gesamtcholesterin und LDL-Cholesterin. Zwei Jahre später konnte festgestellt werden, dass das Vorkommen von kardiovaskulären Events

in der Interventionsgruppe signifikant reduziert und die körperliche Aktivität, verglichen zur Kontrollgruppe, erhöht war. Eine weitere Studie (Schuit et al., 2006) im kardiovaskulären Bereich stellte anhand anderer Gesundheitsindikatoren die Wirksamkeit einer Intervention fest. Demnach wird die Wirkung von groß angelegten Interventionen bezüglich Diät, körperliche Aktivität und Nichtrauchen bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status anhand einer Reduktion folgender Werte festgestellt: BMI, Taillenumfang, systolischer Blutdruck, Gesamtcholesterin und Serumglukose.

Anhand dieser beiden Studien im kardiovaskulären Bereich wird ersichtlich, dass sogar im selben Erkrankungsbereich keine einheitlichen Indikatoren zur Überprüfung der Wirksamkeit herangezogen werden. Da eine Aufschlüsselung dieser Indikatoren bei der generellen Betrachtung der Wirksamkeit von DMPs den Rahmen des Konzeptes sprengen würde, wird in weiterer Folge nicht näher auf die dezidierte Messung der Studien eingegangen. Es muss jedoch beachtet werden, dass eine Interpretation über die Wirksamkeit von DMPs oder anderen Gesundheitsprogrammen somit nur überblicksartig – und nur annähernd – zulässig ist.

DMPs in Österreich für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Strukturierte Versorgungsprojekte für Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (CHI) in Österreich lassen sich an einer Hand abzählen. Das übergeordnete Ziel ist es, ein lückenloses medizinisches Versorgungssystem für betroffene Patientinnen bzw. Patienten bereitzustellen (Mörtl et al., 2017; Poelzl et al., 2020). Die Programme richten sich in erster Linie an Patientinnen bzw. Patienten mit CHI sowie hohem Risiko für CHI und schließen meist an einen Spitalsaufenthalt an. Je nach Projekt bzw. Versorgungsmodell stellen sie jeweils ein definiertes Versorgungsschema für einen begrenzten Zeitraum nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bereit. Im Fokus der Programme stehen die Schulung der Patientinnen bzw. Patienten, die Symptomüberwachung sowie die Therapieoptimierung. Während HerzMobil in Tirol in einem multidisziplinären Netzwerk mit Telemonitoring arbeitet (LIV, o.D.), erfolgt die Versorgung im Rahmen von CardioMobil in Salzburg auf traditionelle Weise in der gewohnten häuslichen Umgebung der Patientinnen bzw. Patienten durch Pflegefachkräfte (AVOS, o.D.). In Kärnten wurde ein ähnliches Projekt im Jahr 2020 umgesetzt (ORF, 2020). Die Steiermark setzt gleichfalls auf eine Online-Betreuung für Patientinnen bzw. Patienten mit Herzinsuffizienz nach dem Vorbild von HerzMobil Tirol (KA-Ges, 2017). Im Vergleich dazu stehen beim Pilotprojekt Oberösterreich Hausärztinnen bzw. Hausärzte als primäre Ansprechperson im Mittelpunkt (Land der Oö. Landesregierung, 2018). Ein weiteres, oberösterreichisches Betreuungsprojekt „KardioStabil“ entwickelte sich auf Eigeninitiative des Gesundheitspersonals im Krankenhaus Braunau (Krankenhaus St. Josef Braunau, o.D.). Das Kremser Modell aus Niederösterreich setzt auf eine telefonische Betreuung von der Ambulanz aus (Böhmer, Wieser, Weywar, Frauendorfer & Kronik, 2011).

3.1.2. Spezielle Formen von DMPs

In der Literatur werden spezielle Formen von DMPs oder ähnlichen Gesundheitsprojekten beschrieben, auf die nun folglich näher eingegangen wird.

DMP mit Einbezug des sozialen Umfelds

Da traditionelle gesundheitliche Interventionsansätze, die darauf abzielen, das Gesundheitsverhalten von Hochrisikopatientinnen bzw. -patienten zu verändern, unterschiedliche

Wirkung bei Patientinnen bzw. Patienten mit unterschiedlichen Einkommen und Nationalitäten zeigten, etablierten sich sogenannte ‚Community-based-DMPs‘ (Brenner, 2002; Courtney-Pratt et al., 2012; Fuster et al., 2011). Da (Gesundheits-)Verhalten oftmals stark von Kultur und Gemeinschaft beeinflusst ist, werden bei ‚Community-based-Programmen‘ gezielt einzelne Gemeinschaften mobilisiert sowie das soziale und physische Umfeld der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer gesundheitsförderlich gestaltet.

Diese Programme erreichen ihre Ziele, indem verschiedene Organisationen und Institutionen in einer Gemeinschaft bzw. einem sozialen Umfeld zusammenarbeiten. Zusammen mit Stadtverwaltungen, Gesundheitsinstituten, Sozialarbeitsorganisationen, Schulen oder Arbeitsplätzen können Gesundheitsprojekte Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer motivieren, aktiver zu werden, sich besser zu ernähren oder das Rauchen aufzugeben (Brokaw et al., 2015; Mittelmark, 1993; Schuit et al., 2006). Des Weiteren werden Interessensgruppen, Bürgerinnen- bzw. Bürgergruppen, soziale Clubs, Kirchen, Supermärkte, Gesundheitsbehörden und Gemeindemitglieder aktiv in die Gestaltung und Durchführung dieser medizinischen Programme eingebunden (Brenner, 2002; Cheadle et al., 2019; Shea & Basch, 1990). Zusätzlich werden Mitglieder der Gemeinde als ehrenamtliche Leiterinnen bzw. Leiter der Intervention eingesetzt (Brenner, 2002; Shea & Basch, 1990). Je mehr Teilnehmende das Gefühl haben, dass sie zur Gestaltung der Interventionen aktiv miteinbezogen werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie auch aktiv daran teilnehmen (Plescia & Groblewski, 2004). Deshalb ist es bei der Implementierung von Gesundheitsprogrammen, und -kampagnen von zentraler Bedeutung, das Vertrauen der Zielgruppe zu erwerben (Cheadle et al., 2019). Manche Programme binden deshalb darüber hinaus sogenannte ‚Community Engagement Groups‘ mit ein, um sicherzustellen, dass Programme, Interventionen oder Kampagnen die Zielgruppe direkt ansprechen (Cheadle et al., 2019; Mittelmark et al., 1993; Ryan et al., 2011). Außerdem gibt es im Rahmen der DMPs – mit Einbezug der Gemeinschaft bzw. des sozialen Umfelds – die Möglichkeit, sogenannte ‚Community Health Workers‘ zu engagieren. Diese sind mit kulturellen Werten der Gemeinschaft vertraut und helfen u. a. dabei, sprachliche Barrieren zu überwinden (Alizadeh, Gholipour, Khosravi & Khodayari-Zarnaq, 2020; Nakkash et al., 2003).

Mit Maßnahmen wie computergestützter Ernährungsbildung, Ernährungsbildungstouren in Supermärkten mit Kennzeichnung von Lebensmitteln, Training im Blutdruckmessen, rauchfreien Zonen, Gründung von Wander- und Radfahrvereinen, lokalen Fitnessklassen, soziokulturellen Aktivitäten sowie gemeinschaftlichen Gesundheitsscreenings werden die Bewohnerinnen und Bewohner in die Gemeinschaft bzw. das soziale Umfeld eingebunden und gleichzeitig bei einem gesünderen Alltag unterstützt (Arija et al., 2017; Brenner, 2002; Cheadle et al., 2019; Plescia & Groblewski, 2004; Seguin et al., 2016). Während des Programms stehen den Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern Gesundheitsexpertinnen bzw. -experten, Diätologinnen bzw. Diätologen und Pflegekräfte unterstützend zur Seite und gewährleisten somit eine intensive Rundumversorgung (Brokaw et al., 2015).

Als Beispiel wird nachfolgend ein Programm für kardiovaskuläre Erkrankungen, das auf Gemeinschaft basiert, und in sozialen Wohnbauten durchgeführt wurde, näher beschrieben. Das Programm bezieht sich auf die medizinische Versorgung von älteren Patientinnen bzw. Patienten (über 55 Jahre) außerhalb des Krankenhauses und beinhaltet regelmäßige Besuche von Rettungssanitäterinnen bzw. -sanitätern, die u. a. Blutdruck-Messungen durchführen, Gesundheitsinformation kommunizieren, Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen identifizieren, und gezielte Überweisung zu ärztlicher Versorgung vornehmen (Agarwal et al., 2018). Ergebnisse einer Evaluierung zeigten, dass die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer

nach der einjährigen Intervention u. a. einen niedrigeren Blutdruck hatten und seltener den Dienst der Rettung in Anspruch nahmen, als Gleichaltrige, die nicht an der Intervention teilgenommen hatten (Agarwal et al., 2018).

DMP mit Einbezug der Familie

Aufgrund der Forschung zu DMPs kann angenommen werden, dass die Wirksamkeit einiger Gesundheitsprogramme gering ist, da das soziale Umfeld der Patientinnen bzw. Patienten nicht berücksichtigt wird. Patientinnen bzw. Patienten, die beispielsweise an CHI leiden und keine Familie haben, alleine und isoliert leben, gelten als besonders anfällig für eine schlechte medizinische (Selbst-)Versorgung (Dunbar, Clark, Quinn, Gary & Kaslow, 2008). Aus diesem Grund gab es im Laufe der letzten Jahre ein Wachstum an Gesundheitsprogrammen, die Familienmitglieder aktiv einbeziehen (Rosland & Piette, 2010). Familienmitglieder, wie beispielsweise (Ehe)-Partnerinnen bzw. Partner, werden zunehmend als wichtige Verbündete bei der Pflege chronisch kranker Patientinnen bzw. Patienten anerkannt. Prinzipiell werden Familienmitglieder sogar als erfolgreiche klinische ‚Disease-Manager‘ bezeichnet, da sie die Patientinnen bzw. Patienten meist gut kennen, denselben kulturellen Hintergrund und detailliertes Wissen über die Faktoren, die die tägliche Selbstversorgung der Patientinnen bzw. Patienten beeinflussen, haben (Rosland & Piette, 2010). Bei Interventionen, die Familienmitglieder einbeziehen, werden diesen beispielsweise Aufgaben zur Symptomüberwachung von Betroffenen, Durchführung medizinischer Tests und Medikamentenorganisation zugeteilt (Rosland & Piette, 2010).

Aufgrund der Literatur zu DMPs, die Familienmitglieder miteinbeziehen, wird angenommen, dass ein soziales Umfeld, in welches Patientinnen bzw. Patienten eingebunden sind, positive Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten chronisch kranker Patientinnen bzw. Patienten haben kann (Dunbar et al., 2008; Voils et al., 2011). Es wird außerdem davon ausgegangen, dass Unterstützung durch Personen, die sich im nahen sozialen Umfeld der Betroffenen befinden, die Effektivität von Gesundheitsprogrammen und -interventionen erhöht (Voils et al., 2011). Empirische Studien bestätigen dies, indem sie zeigen, dass im Rahmen von Gesundheitsprogrammen die unterstützende Rolle der Familie gestärkt werden kann und somit das Symptommanagement, wie auch das Gesundheitsverhalten der Patientinnen bzw. Patienten verbessert wird. In Hinsicht auf die Verbesserung von Gesundheitsparametern sind jedoch gemischte Effekte zu beobachten (Rosland & Piette, 2010). Eine Studie von Rosland und Piette (2010) bietet einen strukturierten Überblick von Effektstudien von DMPs für Patientinnen bzw. Patienten mit Diabetes, koronaren Herzerkrankungen und rheumatologischen Erkrankungen, die auf der Zusammenarbeit mit Familienmitgliedern basieren. Die folgenden drei verschiedenen Programmschwerpunkte konnten identifiziert werden: Anleitung der Familienmitglieder bei der Unterstützung von Selbstpflegeverhalten der Patientinnen bzw. Patienten, Schulung der Familienmitglieder in unterstützenden Kommunikationstechniken sowie die Unterstützung der Familienmitglieder mit Hilfsmittel und Infrastruktur für die Pflege der Patientinnen bzw. Patienten. Ersteres führte zu einer Verbesserung der Unterstützung von Familienmitgliedern, hatte jedoch bezüglich Verbesserung der Patientinnen- bzw. Patientenresultate wenig Wirkung. Zweiteres führte zu einer Verbesserung des Symptommanagements und Gesundheitsverhaltens der Patientinnen bzw. Patienten. Drittes führte zu keinen Auswirkungen auf Seiten der Patientinnen bzw. Patienten. Die Wirksamkeit von DMPs mit Familieneinbezug in den Studien, auf denen der strukturierte Überblick von Rosland und Piette (2010) basiert, wurde anhand

verschiedener Gesundheitsparameter gemessen. Im Bereich der koronaren Herzerkrankungen beispielsweise, wurde eine Verringerung der kardialen Ereignisse herangezogen, um die Wirksamkeit zu beurteilen.

Da die Struktur und die Qualität der familiären Beziehungen ausschlaggebend für positive Wirkungen von familiärer Unterstützung auf Patientinnen bzw. Patienten mit CHI ist, kommt dem Pflegepersonal bei der Unterstützung der Familie der Betroffenen eine Schlüsselrolle zu (Dunbar et al., 2008). In diesem Kontext haben sich Interventionen, die per Videotelefonie durchgeführt werden, als vielversprechend erwiesen. Dadurch kann das Pflegepersonal der gesamten Familie nicht nur edukative, sondern auch psychosoziale Unterstützung anbieten und die Pflege der Patientinnen bzw. Patienten wird erleichtert (Gusdal, Josefsson, Adolfsson & Martin, 2018). Bei Betrachtung der Literatur in diesem Bereich, wird ersichtlich, dass das medizinische Pflegepersonal sowie andere medizinische Fachkräfte als psychische Unterstützung der Patientinnen bzw. Patienten von Selbstmanagementprogrammen, bei denen die Familie miteinbezogen wird, nicht wegzudenken sind (Votelen, Konradsen & Østergaard, 2016).

3.1.3. Patientinnen bzw. Patienten

Eine Hauptzielgruppe, die im Rahmen von Kommunikation/Marketing von DMPs unbedingt miteingebunden bzw. angesprochen werden muss, ist die Zielgruppe der Patientinnen bzw. Patienten. Faktoren, die im Rahmen von Kommunikation/Marketing bei DMPs an Patientinnen bzw. Patienten beachtet werden müssen, werden nachfolgend beschrieben.

Charakteristika von Patientinnen bzw. Patienten und Barrieren bei der Teilnahme an DMPs

Trotz der positiven Effekte von DMPs und anderen Gesundheitsprogrammen, gibt es auf Seiten der potenziellen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer (Patientinnen bzw. Patienten) Barrieren an einem DMP oder ähnlichen Programmen teilzunehmen (Clark et al., 2002; Clarke et al., 2012; Fort et al., 2015; Harkins et al., 2010; McClaran et al., 2001; Miller, 2012). Prinzipiell lässt es sich beobachten, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen eher an einem Gesundheitsprogramm teilnehmen als andere. Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer von Gesundheitsprogrammen sind eher weiblich, fortgeschrittenen Alters, verheiratet, übergewichtig oder adipös und rauchen weniger wahrscheinlich, als jene Personen, die nicht daran teilnehmen (Sidebottom et al., 2021).

Bezüglich des Geschlechts der Patientinnen bzw. Patienten zeigt die Forschung, dass Männer, die eher seltener an DMPs teilnehmen, interne oder externe Barrieren verspüren, die sie an einer Teilnahme hindern. Als interne Barrieren werden fehlende Zeit, starre Geschlechterrollen, unpassendes Alter oder die verzerrte Wahrnehmung der chronischen Krankheit genannt. Als externe Barrieren für eine Teilnahme werden neben Zeitgründen (Vollzeitarbeit) auch genderspezifische Gründe bezüglich Gesundheitspersonal genannt. Männer wünschen sich, dass bei Gesundheitsprogrammen mehr männliches Gesundheitspersonal beteiligt ist (Fort et al., 2015). Folgende Strategien, um die Beteiligung von Männern zu erhöhen, sollten in das Marketing einfließen und im DMP umgesetzt werden: Das Angebot von Sitzungen allein für Männer mit Aktivitäten, die sich an Männer richten; Sitzungen für Paare; Sitzungen an Wochenenden, wenn Männer seltener arbeiten; das Angebot flexiblerer Gestaltung der Intervention durch ‚Drop-in-Möglichkeit‘ statt einer verpflichtenden Teilnahme an allen Sitzungen; und das Einbeziehen von mehr männlichem medizinischen Personal (Fort et al., 2015; Harkins et al., 2010).

Im Gegensatz dazu nehmen Frauen eher an Gesundheitsprogrammen teil. Jedoch bevorzugen sie Programme, die gewisse Eigenschaften haben. Beispielsweise wünschen sich Frauen, dass bei Programmen zu koronaren Herzkrankheiten Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen aktiv miteinbezogen werden. Da Frauen jährlich zu Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen gehen, könnten diese Besuche genutzt werden, um auch die Herzgesundheit zu untersuchen und Frauen darüber aufzuklären, dass sie möglicherweise ein Risiko für Herzerkrankungen haben (Ali et al., 2012). Des Weiteren merken Frauen an, dass DMPs über die Vielzahl der Risikofaktoren für koronare Erkrankungen aufklären und spezifische Fähigkeiten vermitteln sollten, wie gesunde Verhaltensweisen umgesetzt werden können. Hierbei ist es ihnen wichtig, dass verschiedene mögliche Wege einer Umsetzung aufgezeigt werden. Bei Gesundheitsinformationen bevorzugen sie visuelle Formate gegenüber schriftlichen. Außerdem haben sie den Wunsch, Wissen zu entwickeln, das ihnen hilft, ‚Gesundheitsmythen‘ von Gesundheitsfakten zu unterscheiden, um ihre falschen Vorstellungen über koronare Erkrankungen zu reduzieren (Gettleman & Winkleby, 2000). Schlussendlich sehen es Frauen als zielführend an, soziale Netzwerke und andere digitale Wege zu nutzen, um Botschaften über Herzgesundheit zu verbreiten. Kurze Erinnerungen würden es Internet- und Handynutzerinnen bzw. -nutzern ermöglichen, über Herzkrankheiten informiert zu bleiben. Außerdem könnten diese Botschaften – den Frauen zufolge – Lebensstiländerungen anregen (Ali et al., 2012).

Bezüglich des Alters lässt sich in der Literatur erkennen, dass ältere Patientinnen bzw. Patienten (65 Jahre und älter) häufiger bei Interventionen teilnehmen, im Rahmen der Intervention häufiger ihre gesundheitsbezogenen Daten in Eigenüberwachung aufzeichnen, sich vermehrt körperlich betätigen und mehr Gewicht verlieren, als Patientinnen bzw. Patienten unter 65 Jahren (Brokaw et al., 2015; Del Sindaco et al., 2007). Um auch jüngere Patientinnen bzw. Patienten zu motivieren, an Gesundheitsprogrammen teilzunehmen, steht in der Literatur der partizipatorische Ansatz im Mittelpunkt. Die Umsetzung von Jugendbeteiligung als eine Strategie zur Gesundheitsförderung erscheint vielversprechend, um auch jüngere Menschen zu motivieren an Gesundheitsprogrammen mitzuwirken und teilzunehmen. Für eine erfolgreiche Einbeziehung Jugendlicher in Gesundheitsprojekte müssen sich Organisatorinnen bzw. Organisatoren u. a. bewusst zu der Involvierung dieser bekennen und offen für Veränderungen sein (Aceves-Martins, Aleman-Diaz, Giral & Solà, 2019). Des Weiteren zeigt ein Literaturüberblick, dass Interventionen bei kardiovaskulären Krankheiten, die personalisiert und technologie-basiert funktionieren (z.B. soziale Netzwerke, Smartphones, Internet) sowie Bildungs- bzw. Verhaltens-Interventionen (z.B. Geist/Körper-Interventionen) beinhalten, bei Jugendlichen am wirkvollsten sind (Tran & Sojobi, 2020). Zusätzlich erscheinen ‚Peer-Support-Programme‘ zielführend, die von Gleichaltrigen (sogenannten ‚Peers‘) geleitet werden und auf der Zusammenarbeit in der Gruppe basieren. Diese können zur Ergänzung einer Behandlung eingesetzt werden, um junge Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer für gesundes Verhalten oder die Teilnahme an einem DMP zu motivieren. Solche Programme beinhalten beispielsweise (1) Unterstützung im täglichen Gesundheitsmanagement, (2) soziale und emotionale Unterstützung, (3) regelmäßige Verbindung zur klinischen Versorgung und zu Ressourcen in der Gemeinde sowie (4) kontinuierliche Unterstützung beim Selbstmanagement (Aziz et al., 2018). Laut Literatur gelten ‚Peer-Support-Programme‘ als durchführbar, wirksam und akzeptiert bei Patientinnen bzw. Patienten (Aziz et al., 2018). Beispielsweise wurden Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen eines Gesundheitsprogrammes für koronare Erkrankungen mit anderen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern vernetzt und hatten die Aufgabe, mit diesen einmal wöchentlich über eine Telefonplattform zu sprechen und gemeinsam an Gruppensitzungen teilzunehmen.

Die enge zwischenmenschliche Beziehung zwischen den Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern sollte zu verbesserten Kommunikationsfertigkeiten der Patientinnen bzw. Patienten beitragen. Jedoch zeigte die Intervention keine zusätzlich positiven Effekte zu dem üblichen Pflegemanagement von Patientinnen bzw. Patienten mit CHI. Eine mögliche Erklärung ist, dass sich Patientinnen bzw. Patienten, die eine schwere Erkrankung haben, aufgrund dieser Erkrankung nicht an Peer-Support-Aktivitäten beteiligen können. Die Peer-Unterstützung im Rahmen eines DMPs funktioniert also nur optimal, wenn die Patientinnen bzw. Patienten gesund genug sind, um sich sinnvoll zu beteiligen (Heisler et al., 2013).

Weitere Faktoren, die eine Barriere für die Teilnahme an einem DMP darstellen könnten, sind einerseits kulturelle Faktoren (Horrell & Kneipp, 2017) und andererseits das Niveau der Gesundheitskompetenz (Evangelista et al., 2010). Kulturelle Faktoren, wie Regeln und Normen im Umgang mit Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftlern sowie Einstellungen zu Gesundheitsmaßnahmen (z.B. der Glaube an Schicksal oder Vorbestimmung) stellen ein Hindernis für Patientinnen bzw. Patienten dar, an DMPs teilzunehmen (Horrell & Kneipp, 2017; Riegel et al., 2006). Auch eine Sprachbarriere kann die Teilnahme an einem DMP erschweren. Hier beschreiben Wilson et al. (2012), dass Bildkarten, Graphen und Poster die Kommunikation erleichtern können. Des Weiteren beeinträchtigt geringe Gesundheitskompetenz nicht nur die Qualität der Gesundheitsversorgung und die gewünschten Gesundheitsergebnisse, sondern erhöht auch das Risiko für Krankenhausaufenthalte und die Sterblichkeit (Evangelista et al., 2010). Interventionen, die Patientinnen bzw. Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz ansprechen, sollten Schulungsmaterialien an das Level der Patientinnen bzw. Patienten anpassen und vermehrt Aufklärungsgespräche einplanen (Evangelista et al., 2010). Besonders in der Kommunikation sollte darauf geachtet werden, dass einfache Sprache benutzt wird, Instruktionen wiederholt und Analogien eingesetzt werden, um den Inhalt personalisiert zu kommunizieren, auf Bilder verwiesen und langsam geredet wird (Evangelista et al., 2010). Durch eine Anpassung von Kommunikation und Verhalten an das individuelle Niveau der Gesundheitskompetenz können auch Patientinnen bzw. Patienten mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz in ein DMP eingebunden werden. Außerdem kann die Wirkung des DMPs (z.B. die Gesundheit der Patientinnen bzw. Patienten) somit eindeutig verbessert werden (Schapira et al., 2017).

Möglichkeiten zur Rekrutierung von Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer für DMPs

Rekrutierungsprozesse sind in der Planung von Gesundheitsprogrammen oder -interventionen nicht zu vernachlässigen, da sie sich oftmals schwierig gestalten (Elzen, Slaets, Snijders & Steverink, 2008). Aus diesem Grund wird personalisierte Werbung, eingebettet in das persönliche Umfeld der potenziellen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer (z.B. Arbeitsplatz oder in der Gemeinde) bei deren Rekrutierung als Schlüsselfaktor angesehen (Harkins et al., 2010; Mittelmark et al., 1993). Da Vollzeitbeschäftigte den Großteil ihrer Zeit unter der Woche bei der Arbeit verbringen, wird die Bewerbung von Interventionen am Arbeitsplatz (z.B. indirekte Wirkung, da sich die Zielgruppe der Vollbeschäftigten vielleicht für Angehörige angesprochen fühlen und deren Rekrutierung Wege leiten) sogar als wichtiger erachtet als Newsletter, Hinweise von dem Freundeskreis und der Familie oder Berichterstattung in den Medien (Sidebottom et al., 2021).

Eine Studie zeigt, dass Rekrutierungsstrategien die Einstellung der potenziellen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer sowohl gegenüber dem Programm, als auch der gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung, positiv beeinflussen können (Bayley et al., 2018). Bei der Wahl der Rekrutierungsstrategie, des Mediums und des Ortes, sind demnach Eigenschaften der

Zielgruppe zu beachten. Beispielsweise erwiesen sich Kirchen und Massenmedien – in Hinblick auf die Anzahl der erreichten Patientinnen bzw. Patienten – bei besonders gefährdeten Personen (z.B. jenen mit erhöhtem HI-Risiko) als erfolgreich (Shahim et al., 2018). Eine Unterscheidung zwischen Screening und Rekrutierung in nicht-klinischen Settings wurde in der systematisch erfassten Literatur nicht vorgenommen.

Die Erkenntnis, dass Personen eher bereit sind, an Gesundheitsprogrammen teilzunehmen, wenn sie persönlich außerhalb einer Gesundheitseinrichtung angesprochen werden (z.B. in Gemeindeeinrichtungen), spricht für den Einsatz mehrerer parallellaufender Rekrutierungsstrategien, die auch persönliche Rekrutierungsvorgänge beinhalten (Bayley et al., 2018). Neben der Rekrutierung am Arbeitsplatz und in öffentlichen Einrichtungen von Gemeinden ist und bleibt die Rekrutierung von Patientinnen bzw. Patienten für DMPs im klinischen Setting am häufigsten (Horrell & Kneipp, 2017).

Eine weitere Rekrutierungsstrategie beinhaltet die Einbindung von Wettbewerbsanreizen. Programme, die beispielsweise Lottospiele beinhalten, bei denen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer etwas gewinnen können, wenn sie an dem Programm teilnehmen, können für potenzielle Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer als Anreiz angeboten werden (Mittelmark et al., 1993; Ryan et al., 2011). Auch Selbsthilfeprogramme, als Zusatz zu Gesundheitsprogrammen, werden bei der Rekrutierung als effektiv und als gute Ergänzung, um Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer für das Programm zu motivieren, angesehen (Mittelmark et al., 1993). Um die Rekrutierung zu erleichtern, wird die Bewältigung von Mobilitätsbarrieren in der Literatur als wichtig erachtet. Durch eine Reduktion von Reisedistanz (z.B. durch regionale Angebote) oder die finanzielle Unterstützung bei Reisen können Rekrutierungsprozesse einfacher gestaltet werden (Elzen et al., 2008).

Schlussendlich wird auch Massenmedien eine motivierende Rolle für potenzielle Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer eines DMPs zugeschrieben. Das Ziel von Medien – im Kontext von DMPs – wird darin verstanden, DMPs zu unterstützen und zu fördern (Mittelmark et al., 1993). In der Literatur wird empfohlen, Gesundheitsbotschaften von DMPs repetitiv zu senden und mediale Kommunikation hauptsächlich dafür einzusetzen, die Ziele des Programmes zu kommunizieren. Medien, die Gesundheitsbotschaften kommunizieren, werden einerseits als Ergänzung zu Gesundheitsprogrammen oder -interventionen betrachtet und andererseits als Rekrutierungsstrategie (Mittelmark et al., 1993).

3.1.4. Gesundheitspersonal

Wie zu Beginn des Berichts bereits erläutert (siehe dazu Abbildung 1), lassen sich bei der Beschäftigung mit DMPs aus Kommunikationssicht vier Hauptzielgruppen ausmachen. Eine dieser Zielgruppen ist das Gesundheitspersonal. Auf Faktoren, die bei der Kommunikation bzw. dem Marketing von DMPs beim medizinischen Personal zu beachten sind, wird in weiterer Folge näher eingegangen.

Ärztinnen bzw. Ärzte als Kommunikatorinnen bzw. Kommunikatoren und Gatekeeper für das DMP

Das Gesundheitspersonal wurde als Zielgruppe für dieses Projekt identifiziert, da es eine Schlüsselrolle in der Umsetzung von DMPs trägt. Diese spiegelt sich auch in der bestehenden Literatur wider. So gibt es eine Vielzahl von Publikationen mit Fokus auf der Kommunikation mit und auch von Gesundheitspersonal, die zeitlich u.a. weit zurückreichen (D'Adario et al., 2015; Glanz, Brekke, Harper, Bache-Wiig & Hunninghake, 1992).

Im Rahmen von DMPs nehmen Ärztinnen bzw. Ärzte die Rolle als Kommunikatorinnen bzw. Kommunikatoren an mehreren Interaktionspunkten mit Patientinnen bzw. Patienten ein. So sind sie in vielen Fällen diejenigen, die eine Erstdiagnose bzw. ein erhöhtes Risiko für chronische Herzinsuffizienz mit Patientinnen bzw. Patienten besprechen. Des Weiteren sind sie diejenigen, die Betroffene für die Teilnahme an einem DMP ermutigen und in weiterer Folge zur konsequenten Teilnahme motivieren können. Diese Kommunikationsschüsselpunkte bedürfen unterschiedlicher Kommunikationstechniken und -materialien. Denn wie beispielsweise Goodlin et al. (2008) oder Harmsen et al. (2013) feststellen, kann verharmlosende, vage oder unverständliche Kommunikation von Seiten der Ärztinnen bzw. Ärzte zu Gefühlen der Unsicherheit und Angst bei Patientinnen bzw. Patienten führen.

Der erste Kommunikationsschwerpunkt zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten ist die Kommunikation von Risikofaktoren für CHI. Diese ist besonders herausfordernd, da die Wahrnehmung des Risikos einer CHI zwischen den beiden angesprochenen Gruppen häufig divergiert (Bjerrum et al., 2002). Besonders Hochrisikopatientinnen bzw. -patienten schätzen ihr eigenes Risiko oft zu niedrig ein. Dies stellt Ärztinnen bzw. Ärzte vor die Herausforderung, den Patientinnen bzw. Patienten das erhöhte Risiko transparent und überzeugend zu erklären (van Steenkiste et al., 2007). In mehreren Studien wurde geprüft, wie das Risiko, an einer CHI zu erkranken, anhand von standardisierten Tools und Richtlinien abgeschätzt wird. Die Nützlichkeit dieser Tools verbleibt jedoch unklar, da Wändell et al. (2018) betonen, dass sich viele Ärztinnen bzw. Ärzte der Tools nicht bewusst sind bzw. diese nicht verwenden (Keyworth et al., 2016). Weiters zeigen manche Studien, dass bestimmte wirksame Kommunikations-Tools falsch verwendet werden können (Smeets, van Roy, Aertgeerts, Vermandere & Vaes, 2016; van Steenkiste et al., 2007). Die Tools werden verwendet, jedoch wird das Ergebnis für die Patientin bzw. den Patienten nicht interpretiert, worunter die Aussagekraft des geschätzten Risikowerts leidet, da die Patientinnen bzw. Patienten diesen Wert ohne Erklärung von Ärztinnen bzw. Ärzten nicht verstehen (Keyworth et al., 2016). Auch werden medizinische Indikatoren und Guidelines zwar als Diagnosetool verwendet, jedoch eher als Leitlinie angesehen und nicht als klares Regelwerk (Hsieh, Paull & Hawkshaw, 2020; MacKenzie et al., 2010; Mitchell et al., 2015; Smeets et al., 2019). Des Weiteren beschreiben Ärztinnen bzw. Ärzte die Kommunikation an diesem Punkt als schwierig, da sie versuchen die Ernsthaftigkeit der Lage zu vermitteln, ohne die Patientinnen bzw. Patienten in Panik zu versetzen (Smeets et al., 2016). Hierzu zeigen Studien, dass Risikoeinschätzungen als Selbsttest für Patientinnen bzw. Patienten eine gute Gesprächsbasis aufweisen, da die Patientinnen bzw. Patienten bereits ihr eigenes Risiko reflektieren und sich dessen bewusst werden können, welche Faktoren ihr erhöhtes Risiko bedingen (Sheridan, Shadle, Simpson & Pignone, 2006). Auch Informationsmaterial zu CHI, das sowohl zu den Risiken der Krankheit als auch zu den Möglichkeiten Self-care zu betreiben, aufklärt, wird als notwendig und aktuell als zu wenig forciert angesehen (Hsieh et al., 2020).

Nach der Kommunikation von Risikofaktoren für CHI an Betroffene, ist deren Rekrutierung für ein geeignetes DMP ausschlaggebend. Hier ist es von besonderer Bedeutung, gemeinsam mit den Patientinnen bzw. Patienten eine Entscheidung zu treffen und zu Beginn ein gemeinsames Ziel zu definieren. Dies kann durch sogenanntes ‚Goal-Setting‘ strukturiert geschaffen werden (Burke & Fair, 2003). ‚Goal-Setting‘ definiert hierbei Ziele nach der SMART-Technik („Specific, measurable, achievable, realistic, time“) (Fernandez et al., 2009, S. 494). Hierbei soll gemeinsam ein messbares, realistisches Ziel mit einer spezifischen Evaluierungs-Frist gesetzt werden. Besonders wichtig ist hierbei die Empathie der Ärztinnen bzw. Ärzte. So wird ‚Motivational Interviewing‘ als Kommunikationstechnik von mehreren

Autorinnen bzw. Autoren in der Forschung hervorgehoben (Brodie et al., 2008; Kennedy & Hales, 2018). Hierbei soll die Ärztin bzw. der Arzt auf Augenhöhe mit Patientinnen bzw. Patienten kommunizieren und die Rolle der Expertin bzw. des Experten verlassen. Durch aktives Zuhören, paraphrasieren und nachfragen, soll die Patientin bzw. der Patient zum Nachdenken angeregt werden (Brodie et al., 2008). Goodlin et al. (2008) streichen jedoch heraus, dass während manche Patientinnen bzw. Patienten den Diskurs mit Ärztinnen bzw. Ärzte begrüßen, es andere bevorzugen, sich auf einen klar kommunizierten Rat zu verlassen. Jedoch kann der Kommunikationsstil der Ärztinnen bzw. Ärzte durch Charakteristika der Patientinnen bzw. Patienten beeinflusst werden. Beispielsweise spielt der soziokulturelle Status der Patientinnen bzw. Patienten hierbei eine Rolle. Ärztinnen bzw. Ärzte tendieren dazu, mit Patientinnen bzw. Patienten mit einem geringeren soziokulturellen Status in einem eher direktiven und weniger partizipativen Stil zu kommunizieren, der u.a. durch weniger Informationsvermittlung gekennzeichnet ist (Verlinde, Laender, Maesschalck, Deveugele & Willems, 2012; Willems, Maesschalck, Deveugele, Derese & Maeseneer, 2005). Zusätzlich spielen auch Charakteristika von Ärztinnen bzw. Ärzte eine Rolle, wie kommuniziert wird. Besonders deren Geschlecht führt zu unterschiedlichen Kommunikationsstilen mit Patientinnen bzw. Patienten. Ärztinnen kommunizieren aktiver, partnerschaftlicher, positiver und emotionsbetonter als männliche Kollegen. Des Weiteren wird die psychosoziale Komponente von Frauen häufiger thematisiert als von Männern (Roter, Hall & Aoki, 2002).

Die schwierigste Herausforderung bei der ‚Arzt-Patienten-Kommunikation‘ ist, die Motivation der Patientinnen bzw. Patienten langfristig zu erhalten. Hierbei erwähnen Rodriguez et al. (2014) als meistgenutzte Technik der elf erfolgreichsten Primärversorger in Kalifornien, konsequente und wiederholte Initiativanrufe und -mails an Patientinnen bzw. Patienten, um diesen die Krankheitsprävention in Erinnerung zu rufen. Auch die Kommunikation innerhalb des medizinischen Umfeldes ist von großer Bedeutung, da fragmentierte Kommunikation mit Fachärztinnen bzw. Fachärzten und Pflegepersonen sowie medizinischen Assistenzberufen zu Versorgungslücken führen kann (Mörtl et al., 2017; Smeets et al., 2019). Die Arbeit in multidisziplinären Teams wird hierbei als notwendig angesehen, um Patientinnen bzw. Patienten kontinuierlich zu versorgen. Sowohl die funktionierende Kommunikation und Zusammenarbeit in Teams, als auch die elektronische Vernetzung der Anlaufstellen der Patientinnen bzw. Patienten wird in der Literatur positiv hervorgehoben. Dies würde garantieren, dass Hausärztinnen bzw. Hausärzte, Fachärztinnen bzw. Fachärzte, sowie Pflegepersonen korrekt über den Behandlungsstand informiert sind (Lalonde et al., 2012).

Zusätzlich zu der Schlüsselrolle als Kommunikatorinnen bzw. Kommunikatoren, in Bezug auf die Erkrankung und DMPs, haben Ärztinnen bzw. Ärzte auch eine Art ‚Gatekeeper‘-Rolle inne, da ihre Motivation ein DMP voranzutreiben maßgeblich für dessen Erfolg ist. Informieren Ärztinnen bzw. Ärzte ihre Patientinnen bzw. Patienten nicht über das Angebot, da sie unmotiviert sind teilzunehmen, wird das DMP in seinem Einzugsgebiet wenig Anklang finden. Einige Studien haben sich dementsprechend mit den Motivatoren und Barrieren beschäftigt, die die Teilnahme eines DMPs von Ärztinnen bzw. Ärzte mitbestimmen.

In einer Meta-Analyse fassen Wändell et. al (2018) Hürden und Motivatoren aus 28 internationalen Veröffentlichungen systematisch zusammen. Als besonders relevante Motivatoren benannten sie das Verantwortungsgefühl der Ärztinnen bzw. Ärzte, Präventionsmaßnahmen zu fördern, die Praktikabilität von DMPs und die gute Zusammenarbeit in Teams,

insbesondere mit dem Pflegepersonal. Auch das positive Zusammenwirken motivierter Patientinnen bzw. Patienten mit deren Familien wurde als Motivator genannt. In ihrer Publikation, erhoben Rodriguez et. al (2014) die Motive der Ärztinnen bzw. Ärzte in elf Primärversorgungszentren, DMPs voran zu treiben. Herausstachen jene Motivatoren, die das Benchmarking von Ärztinnen bzw. Ärzte innerhalb der Organisation betreffen sowie finanzielle Anreize zur Durchführung eines DMPs. So wurde durch die transparente Kommunikation von Erfolgs- und Performancedaten in der Ärzteschaft das Bewusstsein für DMPs erhöht und Ärztinnen bzw. Ärzte waren motiviert, ihre eigenen Leistungen zu verbessern. Finanzielle Anreize als Motivator für eine Teilnahme an DMPs seitens der Ärztinnen bzw. Ärzte wurden in einer Studie von Rodriguez et al. (2014) im Sinne eines Prämiensystem erwähnt. Chou et al. (2018) beschrieben Leistungsfeedback und die Bereitstellung technischer Ressourcen zur Unterstützung von Dokumentation von Interventionen ebenfalls als Motivationsfaktoren.

Als Barrieren für die Teilnahme an einem DMP auf der Seite der Ärztinnen bzw. Ärzte werden aus der Literatur die folgenden Faktoren abgeleitet: Das Rollenverständnis von Ärztinnen bzw. Ärzte, die sich für die Primärversorgung und Prävention nicht zuständig fühlen, fehlende Ausbildung im Bereich von DMPs, mangelnde Zeit für den Mehraufwand und mangelnde finanzielle Vergütung (Diehl et al., 2015; Wändell et al., 2018). Es muss hierbei jedoch erwähnt werden, dass Befragungen in Deutschland zeigen, dass bei den genannten Motivatoren und Hürden das Stadt-Land Gefälle einen Einfluss hat. So zeigen Görig et al. (2016), dass besonders Landärztinnen bzw. Landärzte die mangelnde Ausbildung und Zeit für eine Lebensstilberatung im Rahmen eines Gesundheitsprogrammes als Hürde für die Durchführung angeben.

Zeitdruck und Mehraufwand werden als Hauptgründe für eine verringerte Wirksamkeit von motivierender Kommunikation von Ärztinnen bzw. Ärzte eingebracht, die mit DMP-Patientinnen bzw. Patienten arbeiten (Smeets et al., 2019; Wändell et al., 2018). Hierzu empfehlen Steenkiste et al. (2007) sowie Smeets (2019) den Einsatz von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen, die beispielsweise die Aufgaben der Risikoeinordnung mit Patientinnen bzw. Patienten anhand eines standardisierten Tools (Voogdt-Pruis, Beusmans, Gorgels & van Ree, 2011), den Initiativkontakt bzw. Telemonitoring (Vest et al., 2017) sowie emotionale Unterstützungsarbeit (Wiles, 1997) übernehmen könnten. So zeigen Mörtl et al. (2017) auf, dass die erfolgreichsten DMPs zur chronischen Herzinsuffizienz telefonische Unterstützung durch Pflegepersonal integrierten.

Die Einbindung von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen

Eine Reihe von wissenschaftlichen Publikationen der letzten Jahre zeigt die steigende Wichtigkeit von Assistenz- und Pflegepersonal in der Durchführung von DMPs und Präventionsmaßnahmen (Ciccone et al., 2010; Jennings & Astin, 2017; Voogdt-Pruis et al., 2011; Watts et al., 2009; Wiles, 1997). Der Wandel der Rolle der Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen wird durch eine Weiterentwicklung der Betreuungsformate begünstigt. Viele der beschriebenen Interventionen und Best-Practice-Beispiele beruhen auf patientinnen- bzw. patientenorientierten Konzepten, die auf Empowerment, Selbstmanagement und Kommunikation auf Augenhöhe setzen. Die Abkehr von einer Kommunikation aus der Expertinnen-bzw. Expertenrolle heraus, hin zur Kommunikation aus einer Beraterinnen-bzw. Beraterrolle auf Augenhöhe, erleichtert es Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen, die in DMPs eingesetzt sind, diese erfolgreich anzubieten und durchzuführen (Davisson & Swanson, 2018; Taylor, Shaw, Dale & French, 2011). Auch wird zunehmend der

emotionale Faktor von chronisch Erkrankten stärker beleuchtet. So entwarfen Glass et al. (2012) eine Intervention, die auf Prävention durch Reduktion von Stress, Angstzuständen und sozialer Isolation der Patientinnen bzw. Patienten abzielt. Dies soll u.a. durch persönliche Betreuung, Entspannungsübungen, ‚Motivational Interviewing‘ und Reflektion erreicht werden; Tätigkeiten, die gesetzlich keiner ärztlichen Durchführung bedürfen und einen großen Zeitaufwand darstellen. Wiles (1997) stellt allgemein fest, dass viele Präventions- und Nachsorgetätigkeiten bei chronischen Erkrankungen bevorzugt durch Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe durchgeführt werden können, da diese unter weniger Zeitdruck stehen als Ärztinnen bzw. Ärzte, erreichbarer auf Patientinnen bzw. Patienten wirken und weniger Kosten für die Versorgungseinheiten verursachen. Ein Projekt, das dieses Problem ganz konkret durch Zusatzausbildung bearbeitet, ist das Projekt „Cardiolotse“ in Deutschland. Hier können medizinische Assistenzberufe in einer zweimonatigen Ausbildung zum „Cardiolotse“ geschult und in Folge für strukturierte Versorgung eingesetzt werden (Kolbe, Darius, Holzgreve, Supantia & Riesner, 2019).

Der Tenor in der Literatur zeigt, dass Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe motiviert sind, Tätigkeiten in der Prävention zu übernehmen. In einem Review von neun qualitativen Befragungsstudien von Pflegepersonal finden Taylor et al. (2011) heraus, dass das Pflegepersonal der zusätzlichen Zeit mit Patientinnen bzw. Patienten positiv gegenübersteht und die Wertschätzung durch Patientinnen bzw. Patienten als motivierend empfindet. Dies wird durch Keyworth et al. (2016) bestätigt, die feststellen, dass Pflegepersonal die Risikofaktoren für Erkrankungen mit Patientinnen bzw. Patienten länger und ausführlicher bespricht. Auch die Möglichkeit, zusätzliche Fähigkeiten zu erwerben und die Rolle als Assistenz- bzw. Pflegepersonal zu erweitern, steigert die Arbeitszufriedenheit (Taylor et al., 2011).

Bei der Analyse bestehender Publikationen in diesem Forschungsbereich wird jedoch auch ersichtlich, dass es noch einige Herausforderungen bei der Integration von medizinischem Personal und Pflegepersonal in Versorgungskonzepte gibt. Zwei Hürden stehen im Mittelpunkt der Literatur: der Stand der Ausbildung von Assistenz- bzw. Pflegepersonal und deren Rollendefinition.

Die Ausbildung von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen zur Durchführung von Versorgungskonzepten muss an drei Schlüsselpunkten ansetzen: der technischen Expertise (wie beispielsweise Blutdruckmessungen durchgeführt werden), am Fachwissen, das zur Betreuung benötigt wird, sowie an den sozialen und emotionalen Skills (Wiles, 1997).

Konzepte zur Steigerung des Fachwissens würden den Rahmen dieses Teilkonzeptes übersteigen, kommunikationsrelevant ist dies jedoch in Hinblick auf die Erarbeitung strukturierter Protokolle und Richtlinien, die von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen als Grundlage verwendet werden können (Taylor et al., 2011). Während Ärztinnen bzw. Ärzte, wie bereits erläutert, solche Tools häufig lediglich als Richtlinien für ihre diagnostische Entscheidung sehen, sind Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe es eher gewöhnt, sich strikt an dementsprechende Vorgaben zu halten, wodurch die Implementierung und der korrekte Einsatz der Tools erleichtert wird (Voogdt-Pruis et al., 2011). Im Fokus dieser Arbeit stehen die sozialen Skills, die stark mit den Kommunikationsfähigkeiten der Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufe zusammenhängen. Im Vordergrund steht hierbei besonders die Ausbildung in Counselling, also der Beratungsfähigkeit (Voogdt-Pruis et al., 2011), in Kommunikationstechniken wie ‚Motivational Interviewing‘

(Lalonde et al., 2012) oder Goal-Setting (Jennings & Astin, 2017) sowie Techniken zur Wissensvermittlung wie der Teach-Back-Methode (Ha Dinh, Bonner, Clark, Ramsbotham & Hines, 2016).

Wie bereits erwähnt, ist für die erfolgreiche Einbindung von Assistenz- und Pflegepersonal eine klare Rollendefinition und Aufgabenverteilung unumgänglich (Smeets et al., 2019; Taylor et al., 2011; Voogdt-Pruis et al., 2011; Wiles, 1997). Eine erfolgreiche Einbindung ist besonders in ländlichen Gegenden problematisch. So zeigen MacKenzie et al. (2010), dass besonders Landärztinnen bzw. Landärzte konservativere Aufgabenverteilungen zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegerinnen bzw. Pflegern bevorzugen. Um erfolgreich mit Patientinnen bzw. Patienten arbeiten zu können und diese auch zu gesundheitsfördernden Verhaltensänderungen zu motivieren, müssen Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe jedoch als erreichbar, angemessen und glaubwürdig empfunden werden. Dies hängt wiederum stark mit einer guten Ausbildung und trainierten Fähigkeiten zusammen, womit die relevanteste Hürde, die bereits erwähnte fundierte Ausbildung, verbleibt (Wiles, 1997).

3.1.5. Kommunikation und Marketing von DMPs

Wichtige Kommunikationskanäle von DMPs umfassen oftmals die Massenmedien wie TV, Radio, Printmedien, Poster und Broschüren (Fuster et al., 2011; Havas & Walker, 1986; Shea & Basch, 1990; Sidebottom et al., 2021). Werbeflyer, die direkt nach Hause geschickt werden, Websites, soziale Medien, Zeitungsanzeigen sowie -berichte, Sendungen im TV (z.B. Kochsendungen, die von dem Programm gesponsert werden), aber auch Radio- und Plakatwerbung werden eingesetzt, um Personen für die Gesundheitsinterventionen zu motivieren (Sidebottom et al., 2021).

Bei Betrachtung der Literatur kann davon ausgegangen werden, dass Gesundheitsbotschaften, die zusätzlich zur Information zu speziellen Gesundheitsprogrammen über die Medien verbreitet werden, und beispielsweise Botschaften betreffend Diäten oder Salzreduktionen (in Bezug auf die Prävention von HI-Erkrankungen) beinhalten, zusätzliche positive gesundheitliche Auswirkungen haben (van de Vijver, Oti, Addo, Graft-Aikins & Agyemang, 2012). Beispielsweise berichteten van de Vijver et al. (2012), dass verschiedene Studien im Bereich der koronaren Herzerkrankungen zeigten, dass Gesundheitsschulungen, die u.a. mit Hilfe von Medien geleitet werden, positive Effekte auf die Gesundheit von Patientinnen bzw. Patienten mit koronaren Herzerkrankungen hatten. Parameter, die zur Wirksamkeitsüberprüfung herangezogen wurden, sind beispielsweise reduzierte Blutdruck- und HbA1c-Werte, Verhaltensveränderungen wie vermehrte Diäten oder körperliche Betätigung (van de Vijver et al., 2012).

Neben DMPs können also Gesundheitsbotschaften in Werbespots im lokalen Fernsehen, Radio, Zeitungsartikeln und Broschüren sowie edukative Fernsehprogrammen eingesetzt werden (Alizadeh et al., 2020; Schuit et al., 2006). Neben personalisierten Newslettern (Johannigman et al., 2010) werden auch Bilder, Slogans, Websites und begleitendes Print-Material wie Blutdruckkarten und Poster für Personal im Gesundheitswesen zur Bewerbung von DMPs oder ähnlichen Gesundheitsprogrammen zur Verfügung gestellt (Cheadle et al., 2019).

Bezüglich der Wirkung von Gesundheitsbotschaften ist aus der Literatur ableitbar, dass jene Botschaften, die von einer vertrauten Quelle kommen (z.B. Gesundheitspersonal) und die in einfacher Sprache kommuniziert werden, von Patientinnen bzw. Patienten am besten aufgenommen werden (Santa, 2013). Zusätzlich spielt die Glaubwürdigkeit der Quelle

eine zentrale positive Rolle (Brenner, 2002). Ein weiterer Einflussfaktor auf die Wirkung von Gesundheitsbotschaften ist das ‚Framing‘ von diesen. Die Formulierung einer Botschaft spielt eine große Rolle bei deren Wahrnehmung seitens der Rezipientinnen und Rezipienten. Studien zeigen, dass Gesundheitsbotschaften, die von Verlust geprägt sind (z.B. Verlust von Beweglichkeit), eher Personen ansprechen, die engagiert und informiert sind (z.B. medizinisches Fachpersonal). Im Vergleich dazu wirken gewinn-orientierte Gesundheitsbotschaften (z.B. die Erhöhung von Beweglichkeit) stärker bei Personen, die weniger involviert, informiert oder risikoscheu sind (für einen Überblick siehe Knecht & Kenning, 2016). Eine weitere Studie in diesem Feld zeigte, dass Frauen, die eine gewinn-orientierte Gesundheitsbotschaft sahen (z.B. „Die Vorteile von gesunden Aktivitäten heute: Sie steigern Ihre Energie und helfen Ihnen, den Stress zu bewältigen“), mehr Selbstwirksamkeit empfanden, koronare Krankheiten abzuwenden, als Frauen, die eine verlust-orientierte Gesundheitsbotschaft (z.B. „Die Folgen von ungesunden Aktivitäten: Weniger Energie; Beeinträchtigung der Fähigkeit, Stress zu bewältigen“) sahen. Die Anzahl der Risikofaktoren für eine koronare Erkrankung verstärkte diesen Effekt (Scott & Curbow, 2006). Jedoch zeigte diese Studie auch, dass Frauen, die eine elterliche Vorgeschichte mit Bluthochdruck oder Cholesterin hatten und einer verlust-orientierten Botschaft ausgesetzt waren, signifikant häufiger die Absicht hatten, ihren Blutdruck oder Cholesterinspiegel zu kontrollieren, als diejenigen, die eine gewinn-orientierte Botschaft gelesen hatten (Scott & Curbow, 2006).

Eine weitere Marketingstrategie, die für Gesundheitsförderung genutzt werden kann, ist der soziale Vergleich. Da sich Gesundheitsinformation heutzutage auch in sozialen Netzwerken verbreitet, kommt ‚Peers‘, der Familie oder dem Freundeskreis eine wichtige Vorbild-Rolle beim Gesundheitsverhalten zu (Knecht & Kenning, 2016).

Die Entwicklung eines vielschichtigen Ansatzes, der mehrere Zielgruppen anspricht, mehrere Kanäle nutzt und mehrere Gesundheitsbotschaften sendet, ist unabdingbar zur Bewerbung von DMPs (Brenner, 2002). Da die Zielgruppe von Gesundheitsprogrammen in mehreren Merkmalen meist inhomogen ist (z.B. Unterschiede in Demographie, Barrieren, Gesundheitskompetenz), sollten potenzielle Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer in Zielsegmente unterteilt werden, für die spezifische Botschaften entwickelt werden. Die Entwicklung von wirksamen Botschaften erfordert im Vorfeld Wissen über die Wahrnehmung von gesundheitlichen Problemen der Zielgruppe, die Fähigkeiten der Zielgruppe, Verhaltensänderungen vorzunehmen sowie eine Identifizierung von möglichen Barrieren und Hürden bei der Teilnahme an DMPs oder prinzipiell der Gestaltung eines gesünderen Lebens.

Zusammenfassend setzt erfolgreiche Gesundheitskommunikation von DMPs auf eine begrenzte Anzahl von vereinfachten, aber prägnanten und gewinn-orientierten Botschaften, die im Laufe der Zeit auf unterschiedliche Weise und über unterschiedliche Kanäle wiederholt werden. Außerdem sollte Raum für soziale Vergleiche und die Möglichkeit des Einbezuges von Familie und Freundeskreis – im Rahmen des DMPs – bei der Kommunikation von DMPs gegeben sein. Dies kann u. a. mit einer individualisierten und interaktiven Ansprache erreicht werden (Knecht & Kenning, 2016).

Beispiele für Kommunikationstools und -strategien im Rahmen von DMPs

Smartphones: Das Smartphone als Kommunikationstool zwischen Ärztinnen bzw. Ärzte und Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer eines DMPs gilt als praktisch, da Informationen einfach und schnell weitergegeben, Termine vereinbart und Erinnerungsnachrichten gesendet werden können (Alizadeh et al., 2020). Im Rahmen von DMPs ermöglicht der Einsatz des Smartphones beispielsweise personalisierte Coaching-Einheiten (Sidebottom et al., 2021),

Zugriff auf Schulungsmaterialien (Jordan et al., 2008; Krumholz et al., 2006), aber auch strukturiertes und automatisiertes Telemonitoring, das Patientinnen bzw. Patienten mehr Selbstmanagement ermöglicht (siehe „Telemonitoring – Exkurs“) (Piette et al., 2008). Hierbei geben Patientinnen bzw. Patienten regelmäßig Beurteilungen mit Hilfe des Smartphones über ihren Gesundheitszustand ab und berichteten von Gesundheitsproblemen, die sonst eventuell nicht besprochen werden würden. Eine Studie zeigte, dass sich Patientinnen bzw. Patienten aufgrund des Programmes sicherer in der Selbstversorgung ihrer chronischen Herzkrankheit fühlten (Piette et al., 2008). Jedoch ist bei dem Einsatz von Telefonen oder Smartphones bei einer medizinischen Intervention im Rahmen eines Gesundheitsprogrammes immer auch Vorsicht geboten. Die Privatsphäre und der Schutz der persönlichen Daten der Patientinnen bzw. Patienten ist zu beachten (Piette et al., 2008).

Telemonitoring – Exkurs: Die Patientinnen bzw. Patienten sollen mittels Telemedizin aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden werden, etwa um ihren gesundheitlichen Zustand fortwährend in Echtzeit und auch außerhalb der Behandlungen zu dokumentieren (Dinesen & Spindler, 2018; Goldberg, 2005; Lefler et al., 2018; Wilbacher, 2016). Infolgedessen können Änderungen des Gesundheitszustandes frühzeitig erkannt werden (Horwitz et al., 2008). Neben den Patientinnen bzw. Patienten selbst gehören mitunter auch Personen aus deren Umfeld zur Zielgruppe von Telemedizin: Registrieren sich diese als Unterstützerinnen bzw. Unterstützer und nehmen als solche an einem Programm teil (siehe Abschnitt 3.1.2), dann kann dies zu ihrem Verständnis von Krankheiten beitragen und sie dabei unterstützen, den Patientinnen bzw. Patienten zur Seite zu stehen (Mayberry, Berg, Harper & Osborn, 2016).

Ist das Ziel, die Gesundheitskompetenz der Patientinnen bzw. Patienten zu steigern, sollten diese konkret über die Risiken ihrer Krankheit aufgeklärt werden, um sie zur Beteiligung an ihrer eigenen Behandlung zu bewegen (Abu Seman, Md Syed, Aziz, Mahmood Zuhdi & Mohd Rasheeda, 2020). Durch regelmäßige Erinnerungen können sich bestimmte Routinen etablieren und die Patientinnen bzw. Patienten lernen, worauf sie in ihrem Alltag achten müssen (Kim & Lee, 2017; Lefler et al., 2018). Das Setzen spezifischer Ziele, das Vorzeigen eines erwünschten Verhaltens und die Bewertung von erledigten Aufgaben erwiesen sich im Rahmen von Telemedizin als besonders effektiv, um bestehende Verhaltensweisen zu ändern (Duff et al., 2017). Zudem können konstant aktuelle Daten darüber präsentiert werden, wie stark die Patientinnen bzw. Patienten aktuell von Gesundheitsrisiken betroffen sind (Coorey et al., 2019). Der Austausch unter Patientinnen bzw. Patienten kann von Vorteil sein, etwa um die eigenen Symptome besser einschätzen zu lernen (Chen et al., 2019; Coorey et al., 2019), sich gegenseitig zu unterstützen und informell Tipps auszutauschen (Sakakibara et al., 2017).

Durch Telemedizin ist es auch möglich, dem Nichteinhalten von Therapieempfehlungen genauer auf den Grund zu gehen und entgegenzuwirken. Hält sich beispielsweise eine Patientin bzw. ein Patient nicht an die empfohlene tägliche Schrittzahl, so können mittels eines kurzen Fragebogens die Gründe dafür ermittelt und beispielsweise alternative Aktivitäten vorgeschlagen werden, die – basierend auf den Angaben der Patientin bzw. des Patienten – besser zu der aktuellen Situation passen (Chen et al., 2019). Bereits das Beantworten eines Fragebogens mit lediglich sechs Fragen kann die Patientinnen bzw. Patienten bei der Wahrnehmung von Symptomen und der Kommunikation mit dem behandelnden Personal unterstützen (Lewis et al., 2019). Des Weiteren kann dieses verständigt werden, sollten sich etwa die Symptome der Patientinnen bzw. Patienten intensivieren, sodass in Form von spezifisch zugeschnittenem Feedback oder Änderungen in der Behandlungsweise

(Leviton et al., 2019; Urowitz et al., 2012) reagiert werden kann. So können durch frühzeitiges Eingreifen beispielsweise Krankenhausaufenthalte vermieden werden (Dang et al., 2019). Außerdem fühlen sich die Patientinnen bzw. Patienten sicher, da ihnen das Gefühl vermittelt wird, dass das behandelnde Personal über sie wacht (Hamine, Gerth-Guyette, Faulx, Green & Ginsburg, 2015; Lefler et al., 2018; Urowitz et al., 2012), während dieses frühzeitiger und einfacher Diagnosen stellen kann (Prescher et al., 2013).

Telemedizin kann etwa mittels bereits vorhandener Technik der Patientinnen bzw. Patienten wie Smartphones, Smartwatches oder Tablets umgesetzt werden (Gonçalves, Pereira-da-Silva, Soares & Ferreira, 2019; Kim & Lee, 2017; Wilbacher, 2016). In diesem Fall können die unterschiedlichen Betriebssysteme der Geräte allerdings eine Barriere für die Nutzung von Telemedizin-Apps darstellen, die oft nicht auf allen Systemen verfügbar sind (Sakakibara et al., 2017). Bestehende Social-Media-Plattformen, SMS oder eigene Apps können beispielsweise für das Führen eines Tagebuchs, regelmäßige Erinnerungen an die Einnahme von Medikamenten oder an die Durchführung bestimmter Messungen genutzt werden (Leviton et al., 2019; Winter, Sheats & King, 2016). Bei älteren Patientinnen bzw. Patienten erscheint telefonischer Kontakt am effizientesten, um mit ihnen regelmäßig in Kontakt und Austausch zu bleiben (Som et al., 2017). Auch Videotelefonie ist möglich, bietet allerdings gegenüber herkömmlichen Telefonaten nur wenige Vorteile (Wakefield et al., 2008).

Durch eine elektronische Gesundheitsakte haben die Patientinnen bzw. Patienten selbst Zugriff auf die Daten, die im Rahmen einer Vor-Ort-Behandlung erhoben werden, wie etwa Laborbefunde und aktuelle Medikamente, für die sie rechtzeitig neue Rezepte anfordern können (Leviton et al., 2019). Zudem hat das gesamte behandelnde Personal ebenfalls Zugriff darauf und kann sich ein vollständiges Bild von dem gesundheitlichen Zustand der Patientinnen bzw. Patienten machen (MacPhail, Neuwirth & Bellows, 2009). Telemedizin ist in diesen unterschiedlichen Formen oft zeit- und ortsunabhängig (Allemann, Thylén, Ågren, Liljeroos & Strömberg, 2019; Voruganti, Grunfeld, Makuwaza & Bender, 2017). Dies scheint ein bedeutsamer Faktor zu sein, da die Literatur zeigt, dass die meisten Nachrichten von Patientinnen bzw. Patienten an das Gesundheitspersonal außerhalb von deren Sprechzeiten gesendet wurden (de Jong, Ros & Schrijvers, 2014).

Persönliche Treffen sind jedoch für die meisten Patientinnen bzw. Patienten, auch mit dem Angebot der Telemedizin, weiterhin unersetzbar (Allemann et al., 2019). Ideal wäre daher eine Kombination aus mehreren Strategien (Lear, 2018; van den Berg, Schumann, Kraft & Hoffmann, 2012). Die technische Umsetzung von Telemedizin sollte – sowohl für Patientinnen bzw. Patienten als auch für das behandelnde Personal – in jedem Fall so simpel wie möglich gestaltet werden (Dang et al., 2019; Hamine et al., 2015) und es muss sichergestellt werden, dass ausreichend Anlaufstellen für die jeweilige Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten zur Verfügung stehen (Maglaveras et al., 2003).

Gesundheitsbotschaften, ausgehend von Medien, die in Telemedizin eingebunden sind, sollten möglichst einfach formuliert und praktisch anwendbar sein sowie in einer angemessenen Häufigkeit (etwa einmal täglich) gesendet werden (Chen et al., 2019). Auch das Timing ist von Bedeutung: Wird eine Nachricht morgens gesendet, können die Patientinnen bzw. Patienten den Tag über ihr Verhalten reflektieren und es dementsprechend anpassen (Albright et al., 2015). Verglichen mit persönlichem Kontakt mit dem Gesundheitspersonal können Informationen mittels Telemedizin in einer geringeren, aber häufigeren Dosis dargeboten werden, wodurch sie für die Patientinnen bzw. Patienten verständlicher werden

(LaFramboise, Woster, Yager & Yates, 2009). Nehmen die Patientinnen bzw. Patienten jedoch die Empfehlungen, die sie via Telemedizin erhalten, als in geringerem Umfang als personalisiert und repetitiv wahr, kann sich dies negativ auf ihre Motivation auswirken (LaFramboise et al., 2009; Varnfield & Karunanithi, 2015). Wird die Möglichkeit zur Personalisierung allerdings genutzt, stellt sie eine der größten Stärken der Telemedizin dar (Radhakrishnan, Xie, Berkley & Kim, 2016).

Bei der Präsentation der Botschaften im Rahmen von Telemonitoring ist es beispielsweise mit Blick auf ältere Patientinnen bzw. Patienten wichtig, auf eine ausreichend große Schriftgröße zu achten oder zusätzlich Ton bereitzustellen. Hierbei können unterschiedliche Formate genutzt werden, um die Motivation der Patientinnen bzw. Patienten zu steigern, so etwa Comics und Cartoons (Chen et al., 2019; Kolbe et al., 2019). Dies sollte in der Praxis auch tatsächlich so umgesetzt werden, da beispielsweise Videos allein nicht ausreichen, um die Patientinnen bzw. Patienten einzubinden (Douglas et al., 2021). Werden Gesundheitswerte in Form von Diagrammen anstatt nur als Zahlen dargestellt, unterstützt dies die Patientinnen bzw. Patienten dabei, deren Zusammenhang mit ihrem gesundheitlichen Zustand zu verstehen (Urowitz et al., 2012) und sich die Effekte ihrer Handlungen vor Augen zu führen (Coorey et al., 2019). Geben die Patientinnen bzw. Patienten an, inwieweit sie sich beispielsweise an Handlungsempfehlungen halten und erhalten sie Feedback darauf, kann dies besonders motivierend wirken und dazu beitragen, dass sie erwünschtes Verhalten langfristig ausführen (Mayberry et al., 2016). Motivierende Nachrichten oder Aufgaben können sich hingegen besonders positiv auf das Wissen der Patientinnen bzw. Patienten auswirken (Hamine et al., 2015).

Das Gesundheitspersonal zeigt sich mitunter skeptisch gegenüber Telemedizin, so etwa aufgrund einer befürchteten Steigerung des Workloads (Granja, Janssen & Johansen, 2018; Leviton et al., 2019) oder verminderter Zeitressourcen für den persönlichen Kontakt mit Patientinnen bzw. Patienten. Telemedizin muss allerdings nicht mit einem hohen Aufwand einhergehen, so dauerte ein Anruf in einer Studie von Maglaveras et al. (2003) im Durchschnitt weniger als eine Minute und die Patientinnen bzw. Patienten zeigten sich mit dieser Betreuung zufrieden. Um sicherzustellen, dass dringende Fälle nicht in der Vielzahl von Anfragen untergehen, können Tools eingesetzt werden, um die eingehenden Anfragen zu filtern und zu priorisieren (Maglaveras et al., 2003). Die Kommunikation unter Ärztinnen bzw. Ärzten wird mittels Telemedizin ebenfalls erleichtert und als zeiteffizienter wahrgenommen (MacPhail et al., 2009), zudem können sie besser voneinander lernen (Dinesen & Spindler, 2018; Radhakrishnan et al., 2016; Ware et al., 2018).

Es ist allerdings wichtig, dass die jeweiligen Zuständigkeiten im Behandlungsprozess abgeklärt werden (Dang et al., 2019). Besteht kein ausreichender Austausch unter dem behandelnden Personal, kann dies zu widersprüchlichen Aussagen und Verwirrung seitens der Patientinnen bzw. Patienten führen (MacPhail et al., 2009). Wenn die Patientinnen- bzw. Patienten-Information digital zur Verfügung steht, erwarten diese zunehmend, dass ihre Ärztinnen bzw. Ärzte stets auf dem neuesten Stand sind, was etwa ihre medikamentöse Behandlung betrifft (MacPhail et al., 2009). Durch den Einsatz von Telemedizin ergeben sich zusätzlich Änderungen für das Rollenverständnis des Gesundheitspersonals, da sie den Patientinnen bzw. Patienten mittels Telemedizin oft eher als Beraterinnen bzw. Berater statt als Behandlerinnen bzw. Behandler zur Seite stehen (Granja et al., 2018), und an ihren Arbeitsabläufen, die sich der Telemedizin anpassen sollten (van den Berg et al., 2012). Darüber hinaus können beispielsweise für Pflegerinnen bzw. Pfleger spezifische Schulungen

nötig sein, da diese einen wichtigen Beitrag zum Erfolg von Telemedizin leisten (Radhakrishnan et al., 2016; While & Dewsbury, 2011). Die Kosten für die Anschaffung benötigter Ausstattung stellen mitunter ebenfalls eine Hürde dar (Granja et al., 2018; Ware et al., 2018).

Im Allgemeinen sind ältere Patientinnen bzw. Patienten sowie Frauen der Telemedizin tendenziell weniger zugetan (Anglada-Martínez, Rovira-Illamola, Martin-Conde, Sotoca-Momblona & Codina-Jané, 2016; Foster et al., 2015) und können beispielsweise von der täglichen Eingabe ihrer gemessenen Werte überfordert sein (Dang et al., 2019). Personen, die ohnehin technikaffin sind, zeigen sich hingegen besonders enthusiastisch (Anttila et al., 2019). Viele andere Patientinnen bzw. Patienten benötigen hingegen zu Beginn eine Einführung (Kim & Lee, 2017; Urowitz et al., 2012). Neben dem prinzipiellen Interesse für Telemedizin spielen zudem zeitliche Ressourcen eine maßgebliche Rolle für die Zustimmung oder Ablehnung von Telemedizin (Berndt, Lechner, Mudde, Vries & Bolman, 2017). Speziell wenn Patientinnen bzw. Patienten ihre täglichen Gewohnheiten ändern müssten oder Zweifel an der Wahrung der eigenen Privatsphäre bestehen, kann es dazu führen, dass Angebote der Telemedizin nicht genutzt werden (Lang, Voigt, Neumann, Bergmann & Holt-hoff-Detto, 2020). Wurde hingegen kürzlich eine Diagnose gestellt oder traten unlängst gesundheitliche Komplikationen auf, wird Telemedizin häufiger genutzt (Kerr et al., 2010).

Postalische Zusendungen: Postalische Aufforderungen, die Patientinnen bzw. Patienten zugesendet werden, können Empfehlungen zur Senkung des Risikos eines weiteren koronaren Ereignisses, Information zu Änderungen des Lebensstils, zur medikamentösen Behandlung und die Vereinbarung eines neuen Arzttermins beinhalten. Eine Studie zeigte, dass postalische Aufforderungen keine Auswirkungen auf Präventionsverhalten oder Änderungen des Lebensstils von Herzpatientinnen bzw. -patienten hatten. Ergebnisse zeigten jedoch weiters, dass diese aufgrund postalischer Zusendungen vermehrt Konsultationsgespräche mit Gesundheitspersonal anfragten (Feder et al., 1999).

Schulungs-Büchlein (Educational booklets; PocketDoktor): Sogenannte Schulungs-Büchlein, die als patientinnen- bzw. patientenorientiertes Aufklärungsinstrument zur Verbesserung der Kommunikation von Gesundheitspersonal und Patientinnen bzw. Patienten eingesetzt werden, beschreiben in laienhafter einfacher Sprache und Illustrationen Krankheitsprozesse, Diagnose, Behandlung und Langzeitmanagement (Crengle et al., 2014). Durch die Schulungs-Büchlein werden Patientinnen bzw. Patienten aktiv aufgefordert, dem medizinischen Personal zu jedem Diskussionspunkt Fragen zu stellen, um das Gespräch über die Krankheit zu erleichtern. Eine Studie konnte zeigen, dass durch die Büchlein nicht nur Wissen der Patientinnen bzw. Patienten über ihre Krankheit gefördert, sondern auch die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal verbessert wurde (Siddharthan et al., 2016).

Gesprächsführung: Bestimmte Strategien der Gesprächsführung, die das Gesundheitspersonal im Rahmen eines DMPs anwendet, können positiv dazu beitragen, dass gesundes Verhalten von Patientinnen bzw. Patienten beibehalten wird. ‚Motivational Interviewing‘ und ‚Coaching‘ sind zwei Kommunikationsstrategien, die bei DMPs eingesetzt werden können, um Patientinnen bzw. Patienten dazu zu ermutigen, eine Lifestyle-Veränderung beizubehalten (Berra et al., 2009; Miller, 2012; Riegel et al., 2006). Eine Studie zeigte, dass DMPs, die neben vielerlei Kommunikations-Tools (z.B. telefonischem Kontakt) auch auf persönliche Interaktion mit einem multidisziplinären Team setzten, die niedrigsten Wiederaufnahmen in Krankenhäuser erzielten (Sochalski et al., 2009).

Gruppensitzungen: Studien zeigten, dass Gruppensitzungen im Rahmen von DMPs für Personen mit kardiologischer Erkrankung einen unterstützenden Raum für die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer schaffen konnten, um ihre Erfahrungen mit der Erkrankung zu teilen (Bandini et al., 2021). Jedoch bevorzugten nicht alle Patientinnen bzw. Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz Gruppensitzungen (Clark et al., 2009). Beispielsweise berichteten Frauen, die einem selbstgesteuerten Format zugewiesen wurden, weniger Herzsymptome, als Frauen, die an einem Gruppenprogramm (sechs bis acht Frauen) beteiligt waren. Jedoch verloren jene Frauen, die beim Gruppenprogramm mitmachten, mehr Gewicht und konnten längere Strecken zu Fuß bewältigen. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Zielgruppe des DMPs bei der Planung berücksichtigt werden muss und verschiedene Arten von Formaten unterschiedliche Ergebnisse hervorbringen (Clark et al., 2009).

3.1.6. Marketing-Eckpfeiler in der Literatur

Abgeleitet aus der Literatur sollten bei einer Marketingstrategie für DMPs bei chronischer Herzinsuffizienz folgende Eckpfeiler beachtet werden (Fuster et al., 2011; Walsh, Rudd, Moeykens & Moloney, 1993):

Segmentation der Zielgruppe

Gesundheitsprogramme könnten von differenzierteren und individuelleren Segmentierungsstrategien profitieren, die eine Vielzahl von Patientinnen- bzw. Patienten-Variablen wie Lebensalter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Neigung zur Sensationssuche, Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit (Devi, Kanitkar, Narendhar, Sehmi & Subramaniam, 2020), Interesse an einer Änderung des Lebensstils sowie Unterhaltungs- und Freizeitaktivitäten berücksichtigen (Berra et al., 2009; Brenner, 2002; Knecht & Kenning, 2016; MacDonald, Cairns, Angus & Stead, 2012).

Wissen über die Zielgruppe

Nach einer klaren Zielgruppenbeschreibung sollte herausgefunden werden, was sich die Zielgruppe für ihre Gesundheit wünscht und was ihr bei der Umsetzung gesünder Verhaltens oder der Teilnahme an dem DMP im Weg steht. Wissen, wie die Zielgruppe ihre physische, kulturelle und mediale Umgebung wahrnimmt, wie sie den Tag verbringt und welche Botschaften Aufmerksamkeit erregen, wann, warum und mit welchem Effekt, ist u.a. bei Rekrutierungsprozessen von zentraler Bedeutung (Clarke et al., 2012; Fort et al., 2015; Fuster et al., 2011; Harkins et al., 2010; Miller, 2012). Viele DMPs sind aus dem Grund gescheitert, weil sie die Bedürfnisse der Patientinnen bzw. Patienten nicht ausreichend berücksichtigt haben. Das Interesse an den Patientinnen bzw. Patienten, ihre Erfahrungen und Erwartungen sowie Ziele sollten deswegen bei Gesundheitsprogrammen sichtlich im Vordergrund stehen (Brandt, Hartmann & Hehner, 2010).

Sichtbarkeit

Programmerfolg erfordert eine sichtbare Unterstützung von Meinungsführerinnen bzw. Meinungsführern – dies kann entscheidend für den Erfolg eines DMPs sein. Bei DMPs, die auf Gemeinschaft und spezifischen Gemeinden basieren (Community-based), arbeiten verschiedene Organisationen und Institutionen in einer Gemeinde zusammen, unterstützen die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer sichtbar in der gesamten Gemeinschaft und schaffen lokales Bewusstsein für die Erkrankten. ‚Community-Engagement-Groups‘ und ‚Community-Health-Workers‘ werden engagiert, um die Zielgruppe von DMPs direkt anzusprechen

und zu unterstützen (Alizadeh et al., 2020; Cheadle et al., 2019; Mittelmark et al., 1993; Nakkash et al., 2003; Ryan et al., 2011).

Anreize zur Teilnahme

Anreize fördern die Motivation für alle Beteiligten. Die Einbindung von (finanziellen) Wettbewerbsanreizen, wie beispielsweise Lottospiele können als Anreiz und Motivator zu einer Teilnahme für alle Beteiligten bei DMPs wirken (Brandt et al., 2010; Mittelmark et al., 1993; Ryan et al., 2011). Auch die Vermittlung von Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Rahmen des DMPs kann als Anreiz zur Teilnahme wahrgenommen werden (z.B. Selbstmanagement-Kompetenzen) (Mittelmark et al., 1993). Schlussendlich kann bei Patientinnen bzw. Patienten auch die Aussicht auf einen verbesserten Gesundheitszustand einen Anreiz zur Teilnahme darstellen. Dieser sollte dementsprechend im Rahmen des DMPs kommuniziert werden (Brandt et al., 2010).

Materialien und Tools

Aufklärungsmaterialien und Kommunikations-Tools, die begleitend zu DMPs für Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer zugänglich sind, können entscheidend zu deren Zufriedenheit und zum Gesundheitsstatus beitragen (Aronow & Shamliyan, 2018). Die Nutzung von Smartphones, postalischen Zusendungen, Schulungs-Büchlein, bestimmten Strategien zur Gesprächsführung und Gruppensitzungen sind nur einige Beispiele, die zu einer Teilnahme an einem DMP motivieren könnten (Alizadeh et al., 2020; Bandini et al., 2021; Berra et al., 2009; Crengle et al., 2014; Feder et al., 1999; Sidebottom et al., 2021). Telemedizin mit Telemonitoring kann als zusätzlicher Anreiz zur Teilnahme an einem DMP gelten, da es u.a. Zeit- und Ortsunabhängigkeit in Aussicht stellt (Gonçalves et al., 2019; Kim & Lee, 2017; Wilbacher, 2016). Beachtet werden muss jedoch, dass Telemedizin so gestaltet ist, dass sie keine Barrieren für potenzielle Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer eines DMPs darstellt (Dang et al., 2019; Kim & Lee, 2017; Urowitz et al., 2012). Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer können hier direkt in die Gestaltung der Angebote im Rahmen des DMPs miteinbezogen werden. Trotz der Vielzahl an Materialien und Tools, die motivieren könnten, an dem Gesundheitsprogramm teilzunehmen, sollte das Programm in den Grundzügen simpel und leicht verständlich gestaltet werden. Einheitliche und in der Nutzung leicht verständliche Materialien und Tools suggerieren Sichtbarkeit und Kohärenz des Programmes (Brandt et al., 2010).

Soziale Unterstützung

Es wird davon ausgegangen, dass ein fürsorgliches soziales Umfeld, das von sozialer Unterstützung, Problemlösungsfähigkeiten, und Kommunikation geprägt ist, positive Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten von chronisch kranken Patientinnen bzw. Patienten hat (Dunbar et al., 2008; Voils et al., 2011). Der psychologische Effekt von „sozialer Unterstützung“ spielt auch unabhängig von Erkrankungen eine große Rolle und gilt als „starker Schutzfaktor für die Gesundheit“ (WHO, 2004, S. 27). Jedoch wird der Begriff „soziale Unterstützung“ in dieser Studie ausschließlich im Kontext von Erkrankungen behandelt. Aus diesem Grund werden in dieser Studie speziell die soziale Unterstützung, die durch DMPs mit Familieneinbezug, DMPs, die auf Community basieren und DMPs, die mit Peer-Systemen arbeiten, beschrieben. Hier zeigen Studien, dass besonders durch (Ehe-)Partnerinnen bzw. Partner, die sich im nahen sozialen Umfeld der Patientinnen bzw. Patienten befinden, die Effektivität von DMPs gesteigert werden kann, da Familienmitglieder bei vielerlei Übungen im Rahmen eines DMPs eine große Unterstützung für die Betroffenen darstellen können, was wiederum zu einer erhöhten Motivation bei der Teilnahme führen könnte (Voils

et al., 2011). Auch Peer-Support-Programme erweisen sich als zielführend, um soziale Unterstützung für Patientinnen bzw. Patienten zu erzeugen und junge Betroffene zu motivieren, an einem DMP teilzunehmen (Aziz et al., 2018).

Feedback

Feedback über den Erfolg des Programmes sowie Berichterstattung über Erfahrungen und die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer mit dem Programm sind erforderlich, um während des Programmes Verbesserungen umzusetzen und Feedback einzuarbeiten. Denn: Wenn (potenzielle) Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer bei der Gestaltung der Interventionen aktiv miteinbezogen werden, dann nehmen sie auch wahrscheinlicher aktiv daran teil (Plescia & Groblewski, 2004).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine maximal positive Wirkung von DMPs oder ähnlichen Gesundheitsprogrammen mit einer Zusammenführung der erwähnten Strategien und Kommunikations-Tools erzielt werden kann (Fuster et al., 2011) (siehe Abbildung 4).



Abbildung 4: Erfordernisse für eine Teilnahme an DMPs

3.2. Ergebnisse Modul 2: Qualitative Interviews

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews werden zum besseren Überblick folglich für jede Zielgruppe separat beschrieben.

3.2.1. Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten

Zusammengefasst beschäftigen sich die Patientinnen- bzw. Patienten-Interviews mit DMPs allgemein, speziellen Formen von DMPs, Charakteristiken von Patientinnen bzw. Patienten, Gesundheitspersonal, Kommunikation und Marketing von DMPs sowie Kommunikations-Tools, die im Rahmen von DMPs eingesetzt werden können.

DMPs allgemein

Erfahrung DMPs: Generell geben Patientinnen bzw. Patienten an, sehr wenig Erfahrung mit strukturierten Behandlungsprogrammen zu haben. DMPs waren CHI-Patientinnen bzw. -Patienten überwiegend nicht bekannt. Eine Ausnahme war das strukturierte Behandlungsprogramm „HerzMobil“ in Tirol. Dieses kannten drei Patientinnen bzw. Patienten, da sie bereits daran teilgenommen hatten. Ein Patient berichtete: *„Ich habe überhaupt nur positive Erfahrungen [mit HerzMobil] gemacht. [...] Es hat sich so gut eingespielt mit dem HerzMobil, das war einfach einmalig“* (AN_P2). Ein weiterer Patient berichtete von der Hilfestellung, die strukturierte Behandlungsprogramme in schweren Krankheitszeiten bringen können: *„Mir ist es so schlecht gegangen, dass ich weiß, dass ich Hilfe brauche und alleine habe ich mich zu wenig mit der Sache ausgekannt. [...] Sie haben mich unterstützt in der schweren Zeit – alleine weiß ich nicht, wie es gegangen wäre. Man hat in dieser Hinsicht doch zu wenig Erfahrung. Alleine hätte ich es nicht geschafft – es war eine riesige Hilfe“* (AN_P3).

Einstellung DMPs: Bei Patientinnen bzw. Patienten, denen DMPs nicht bekannt waren und die noch keinerlei Erfahrung mit DMPs gemacht hatten, waren die Meinungen nach einer kurzen Erläuterung gespalten. Eine Person berichtete beispielsweise: *„Nein, das kenne ich nicht. Schon eine gute Idee. Vielleicht für jüngere Patienten aktueller. Wenn sie früher reinstarten und noch aktiv sind“* (AN_P6). Für eine andere Person hörte sich das Angebot von DMPs durchwegs positiv an: *„Gar nicht schlecht, klingt gut für mich. Vielleicht kriegt man Hilfe“* (AN_P13).

Die meisten der Patientinnen bzw. Patienten erkannten Vorteile in DMPs. Sicherheit, Unterstützung bei der Erhaltung von Lebensqualität und Bequemlichkeit standen im Vordergrund. So äußerte sich ein Patient beispielsweise bezüglich des Gefühls von Sicherheit: *„Wenn man tatsächlich aufgrund der Erkrankung, die ich habe, direkt mit den medizinischen Möglichkeiten verbunden wird, dann ist es wirklich gut für den Menschen. Weil er fühlt sich dadurch sicherer [...]“* (AN_P11). Für einen anderen Patienten stand die Lebensqualität im Vordergrund: *„Wenn solche Programme mich unterstützen, dass ich das Leben kann [was ich will], dann ist das natürlich eine sehr gute Unterstützung. Ja, sehr wertvoll“* (AN_P4). Schlussendlich wurden die Bequemlichkeit und Erleichterung des Alltags von einem Patienten mit folgender Aussage hervorgehoben: *„Das Hinfahren ist für mich, ich muss mit der Rettung fahren, das ist eine teure Angelegenheit, das kostet viel Geld. Da könnte man, wenn man das telefonisch erledigen kann, viel einsparen und die Verständigung wäre besser. Ich würde das schon begrüßen“* (AN_P16).

Es gibt jedoch auch Bedenken. Eine Person aus Niederösterreich äußerte: *„Soweit hört sich das gut an. Meine Intuition ist halt, dass das von dem 0815 Denken weggehört. [...] Sollte individueller sein, man sollte da drauf eingehen“* (AN_P15). Auch ein Patient aus Wien sah nicht nur die positiven Seiten an DMPs: *„Im Dienste der allgemeinen Gesundheit bin ich da dafür, aber übertreiben will ich es nicht. Ich will nicht zu viel Zeit mit dem verbringen müssen [...]“* (MM_P19).

Patientinnen bzw. Patienten, die bereits Erfahrung mit strukturierten Behandlungsprogrammen gemacht haben, hatten keinerlei Bedenken, nochmals daran teilzunehmen. Patientinnen bzw. Patienten, die jedoch im Rahmen des Interviews das erste Mal von DMPs gehört hatten, teilten ihre Bedenken und Sorgen mit. Bevormundung und Eingriff ins Private, zeitliche und gesundheitliche Gründe sowie mangelndes Interesse würden Patientinnen bzw. Patienten an der Teilnahme an einem DMP hindern. So äußerte beispielsweise

eine Person aus Wien Bedenken bezüglich ersterem: „[...] Also das brauche ich nicht – auch telefonische Unterstützung und digitale Daten hin und her zu schicken. Das ist nicht meine Welt, wenn da jemand persönlich bei mir ins Haus kommt, so pflegebedürftig bin ich noch nicht. Vielleicht ist das dann in ein paar Jahren so, dass ich sag: ‚Juhu, freut mich, wenn jemand kommt‘. [...] Ich habe genug Ansporn. Ich brauche niemanden, der mir sagt: ‚da kleb die Ecke ab‘, das würde ich nicht so lustig finden“ (AN_P4). Gesundheitliche Gründe wurden ebenfalls genannt. Zwei Personen berichteten davon, dass ihnen physisch eine Teilnahme nicht möglich sei: „Naja, zu einem gewissen Zeitpunkt, an einem Ort, gewisse Zeit dort verbringen, da tu ich mir schwer, wenn ich ehrlich bin. Ich habe nicht nur diese Herzinsuffizienz, sondern auch paar gewaltige Nebenerkrankungen, wo ich teilweise auf die Pflege von der Gattin angewiesen bin“ (AN_P6); „Wenn es geht schon, ich bin schon schwach. Ganz ehrlich, wenn ich nicht stundenlang sitzen oder liegen täte, ist es aus“ (AN_P13). Schlussendlich wurden zeitliche Gründe wie Berufstätigkeit oder Betreuungspflichten als Barriere einer Teilnahme genannt, wie eine Person aus Niederösterreich berichtete: „Eher zeitliche Gründe, weil ich arbeite noch und das ist untertags. Natürlich kann ich mir frei nehmen, aber mit meinen Terminen passt mir das dann nicht. [...] Ich denke, ich lebe so besser“ (AN_P14). Eine Patientin unterstrich den zeitlichen Grund, indem sie anmerkte: „Lust [habe ich an gewissen Aktivitäten eines DMPs teilzunehmen, z.B. Schulungen], aber nicht zu umfangreich, also nicht zehnmal im Jahr. Das möchte ich nicht. Zweimal im Jahr kann ich mir das vorstellen“ (AN_P9).

Ein weiterer Grund, der von Patientinnen bzw. Patienten genannt wurde, warum diese nicht an DMPs teilnehmen wollen, war die übermäßige Beschäftigung mit der Krankheit. Es schien so, als würde die Konzentration auf die Krankheit und übermäßig Zeit, sich mit der Krankheit zu beschäftigen, von diesen vermieden werden wollen. Freizeitaktivitäten und ein Alltag ohne Krankheit wurden gegenüber der Teilnahme an DMPs von vielen Patientinnen bzw. Patienten bevorzugt. Da DMPs natürlich auch ein gewisses Maß an Engagement und Verpflichtung mit sich bringen, wurden diese eher abgelehnt. Eine Person aus Oberösterreich berichtete beispielsweise: „Eigentlich nicht so. Wie soll ich sagen, ich fühle mich im Grunde genommen sehr wohl. [...] Mir wird der Tag zu kurz, weil dort muss ich hin und dort muss ich hin, mit dem musst du ein Tratscherl machen und mit dem musst du ein Achterl trinken – in der Hahn habe ich nicht so viel Stress gehabt wie als Pensionist – das ist kein Freizeitstress – das ist Brutalität im Alter“ (AN_P8). Eine Patientin aus der Steiermark betonte, dass sie ihre Zeit lieber mit Freizeitaktivitäten verbringe als bei DMPs teilzunehmen: „Pauschalmäßig würde ich es eher nicht in Betracht ziehen. Der Hausarzt ist bemüht und man kann sich diesbezüglich informieren, wenn was ist, aber ich will überhaupt keine zeitliche zusätzliche Verpflichtung eingehen. [...] Wir reisen gerne, fotografieren gerne, u.s.w. [Die Zeit] fehlt auf jeden Fall“ (MM_P20). Ein Patient aus Oberösterreich thematisierte das Verlangen, die Krankheit auch manchmal hinter sich zu lassen: „Auch wenn ich Zeit hätte, möchte ich das nicht. Das liegt mir nicht. Da kommst du wieder in dasselbe System hinein. Man will auch nichts hören. Wenn es wieder besser ist, sage ich mir, es ist hinter mir und aus“ (AN_P10).

Assoziation mit DMPs: Patientinnen bzw. Patienten mit CHI assoziierten DMPs mit Fürsorge und Unterstützung (gesundheitlich und organisatorisch), Wissensvermittlung und Kontrolle. Ein Teilnehmer an einem strukturierten Behandlungsprogramm aus Tirol berichtete beispielsweise von organisatorischer Unterstützung bei den Krankheitswegen und der Medikamentenversorgung durch das DMP: „Wir sind schon ein älteres Paar und da ist man froh, wenn man so einen Ansprechpartner hat, der kompetent ist und bei der Krankenkasse die ganzen Leute kennt und auch mit den Internisten vernetzt ist. Und das ist ja eigentlich

der große Vorteil. [...] Ab sofort hat alles tadellos funktioniert“ (AN_P2). Eine Patientin aus Tirol assoziierte Wissensvermittlung mit DMPs: „Einfach, dass man an den Erfahrungen wächst, die gewisse Ärzte vermitteln. Und, dass man von denen lernen kann, und, dass man viel mehr weiß über das Ganze“ (AN_P1). Ein Patient aus Wien antwortete auf die Frage „Was assoziieren Sie mit DMPs?“ mit „Hilfestellung und Kontrolle“ (AN_P4).

Spezielle Formen DMPs

DMPs mit Einbezug der Community: Die Hälfte der Patientinnen bzw. Patienten konnte sich ein DMP mit Einbezug der Community gut vorstellen, da sie kein Problem damit hätten, wenn die Krankheit öffentlich gemacht und der Arbeitsplatz oder die Apotheke in der Gemeinde auch miteinbezogen wird, um Awareness für CHI zu schaffen. Als großer Vorteil würde von Patientinnen bzw. Patienten mehr soziale Unterstützung erwartet. So berichtete beispielsweise eine Person: *„Für mich wäre das eine gute Idee, wenn man das im Großen macht. Ich glaube, dass man davon profitiert, dass dann viel mehr Menschen Zugang haben, die darunter leiden und es vielleicht gar nicht wissen und dadurch so ein bisschen Zugang kriegen“ (AN_P9).* Die andere Hälfte der Patientinnen bzw. Patienten empfand die Idee von DMPs mit Einbezug der Community als nicht positiv. Gründe hierfür waren vielfältig, lassen sich aber in die folgenden drei Kategorien einteilen: Kein Interesse an Krankheitsgeschichten der anderen, kein Mitleid und Skepsis, dass Gemeinden hier etwas verändern können. So meinte ein Patient beispielsweise: *„Ich finde es nicht gut, weil ich fange nicht an, jedem meine Krankheiten zu erzählen und das tut weh und das. Wenn andere sagen, du das tut weh und so, das ist mir doch wurscht, was dem weh tut. Das geht mir beim Arsch links vorbei, das ist sein Problem und das ist mein Problem“ (AN_P8).* Eine andere Patientin hatte Bedenken, dass sie von ihren Nachbarn z.B. dann anders wahrgenommen wird: *„Nee, meine Krankheit muss nicht öffentlich sein, weil ich weiß einfach, dass man dann mit mir mit Glacé-Handschuhen umgeht und das möchte ich nicht“ (AN_P1).* Besonders in ländlichen Gegenden war die Skepsis groß, dass ein DMP mit Einbezug der Community funktionieren würde. Es wurde daran gezweifelt, dass die Nachbarschaft aufgeschlossen genug für solch neuere Ansätze ist, wie z.B. Workshops in Supermärkten, bei denen Bewusstsein für gesunde Ernährung bei CHI geschaffen wird. Ein Patient erklärte dies beispielsweise folgendermaßen: *„Ich lebe in komplett ländlicher Gegend mit 1200 Einwohnern und die Leute sind nicht aufgeschlossen [...]. Andere in meinem Bekanntenkreis geben keine Antwort, das ist schon ein Problem bei uns, also im Supermarkt da sehe ich keine Chance, weil die Leute zu wenig aufgeschlossen sind“ (AN_P12).* Ebenfalls polarisierte die Idee von Gruppensitzungen. Für manche Patientinnen bzw. Patienten wäre es eine Bereicherung. So berichtete eine Person: *„Ich würde sicherlich mitmachen, weil der Erfahrungsaustausch immer positiv ist. Da braucht es Austausch mit anderen Personen, die ebenfalls an Herzschwäche leiden oder Herz-Probleme haben, dass man sich gegenseitig austauschen kann bzw. die Erfahrungen austauscht, was Internisten bzw. der Hausarzt gesagt hat. Das wäre nicht schlecht“ (AN_P2).* Andere empfanden Gruppensitzungen eher als Last, da sie entweder zeitlich eingeschränkt sind oder sich lieber mit ihrem bestehenden Freundes- oder Bekanntenkreis zu CHI austauschen. Ein Patient fasste es folgendermaßen zusammen: *„Würde ich nicht unbedingt forcieren, muss ich ehrlich sagen. Wir sind schon [...] zurückgezogen, die klassischen Solo-Einzelgängertypen, die zwar kein Problem haben mit irgendwem zusammen zu kommen, aber keinen Wert darauflegen, unbedingt mit vielen Leuten Kontakt zu haben. Eher so im gewählten Kreis und auch das nicht unbedingt regelmäßig“ (MM_P20).*

DMPs mit Einbezug der Familie: Hauptsächlich sahen Patientinnen bzw. Patienten in DMPs, die die Familie einbinden, Vorteile. Andererseits hatten einige wenige auch Bedenken und erkannten Nachteile. So empfanden es viele Patientinnen bzw. Patienten als unterstützend oder motivierend und konnten sich den Einbezug der Familie gut vorstellen bzw. hatten bereits familiäre Unterstützung beim Umgang mit ihrer CHI, während manch andere es als nicht notwendig oder sogar als Belastung empfanden. Ein Patient berichtete beispielsweise, dass er sich gut vorstellen kann, dass Familie eine motivierende Komponente im Umgang mit der Krankheit hat. Dazu meinte er: *„Ja, natürlich ist das gut. Wie gesagt, für meine Person – ich brauchs nicht. Aber ich kann mir das sehr, sehr gut vorstellen, dass es viele gibt, die das brauchen, die das wirklich brauchen. Das jemand sagt, wie waren deine Werte, und dann machen wir das. Dieses Motivierende, dieses Dranbleiben“* (AN_P4). Oftmals bestand bereits ein unterstützendes Verhältnis mit dem Partner (in den Interviews ausschließlich „die Gattin“) als unterstützende Kraft im Umgang mit der CHI Erkrankung. Ein Patient beschrieb diese Hilfe folgendermaßen: *„Also ich werde von der Gattin total unterstützt [...] mit Medikamenten. Auch das Messen und Spritzen geben, das macht die Gattin. Sie bringt mich ins Spital und holt mich ab, ist sehr involviert, muss sich sehr viel mit mir beschäftigen“* (AN_P6).

Manche Patientinnen bzw. Patienten äußerten sich auch negativ gegenüber DMPs mit Einbindung der Familie. Unter anderem wurde der eigenverantwortliche und eigenbestimmte Umgang mit der Krankheit als wichtig erachtet. So äußerte sich ein Patient beispielsweise: *„Es ist mein Körper und über das entscheide ich selbst. Meine Verantwortung muss ich nicht teilen. Unterstützung brauche ich nicht. Solange ich so gut beinander bin, brauche ich nur Rat von Spezialisten [...]“* (AN_P11). Auch wollten Patientinnen bzw. Patienten ihre Angehörigen vor psychischen Auswirkungen einer zu engen Betreuung und Einbindung in die eigene Krankheit beschützen. Ein Patient drückte dies folgendermaßen aus: *„Das Problem ist, wenn man die Angehörigen zu viel einbezieht, kriegen die ein Verantwortungsgefühl und wenn dann was passiert, dann glauben die vielleicht, die sind schuld. Das ist ein zweischneidiges Schwert. Einerseits natürlich toll, wenn der Partner sich beschäftigt, aber wenn da was passiert, kann es den Partner wirklich erwischen. Wenn was passiert, ist es psychisch ganz schlimm. Das ist mit Vorsicht zu genießen“* (AN_P15).

Charakteristika von Patientinnen bzw. Patienten

Wissen bezüglich CHI: Patientinnen bzw. Patienten schätzten ihr Wissen in Bezug auf CHI auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) überwiegend im mittleren Bereich (11 von 20 Patientinnen bzw. Patienten) ein. Auffallend war hierbei, dass Patientinnen bzw. Patienten über CHI hauptsächlich von Dritten aufgeklärt wurden. Ärztliches Personal (Hausärztinnen bzw. Hausärzte oder Fachärztinnen bzw. Fachärzte in Praxen, Krankenhäusern und Rehabilitations-Einrichtungen) sowie private Bezugspersonen (Familie und Freundeskreis) trugen die Schlüsselrollen in der Wissensvermittlung bei CHI. Eine Patientin in Oberösterreich meinte diesbezüglich: *„Ich würde sagen 3 – befriedigend. Mein Schwager ist Internist. Der hat mich sehr aufgeklärt. Meine Schwester ist auch Ärztin und die Betreuung beim Krankenhaus ist sehr gut“* (AN_P9). Ein anderer Patient berichtete über die Familie als Wissensvermittler: *„Naja, 3. Eher durch die Verwandten und Mitbewohner. Familie und so, ich selber bin da nicht geeignet, so, dass ich dann frage“* (AN_P14). Die Interviews zeigten, dass sich Patientinnen bzw. Patienten stark auf Dritte verlassen, was das Wissen zu ihrer eigenen Krankheit angeht. Manche Patientinnen bzw. Patienten verließen sich sogar zu 100% auf das Wissen ihrer Ärztinnen bzw. Ärzte, wenn es um CHI geht. Ein Patient

aus Oberösterreich berichtete: „Wissen tust du nicht. Du musst dich auf die Fachleute verlassen“ (AN_P10).

Patientinnen bzw. Patienten, die sich eigenständig informierten und sich ihr Wissen über CHI mit Hilfe des Internets oder Fachliteratur aneigneten, berichteten tendenziell von einem besseren Wissen über ihre Krankheit. Ein Patient aus Oberösterreich gab diesbezüglich folgenden Einblick: „Dann mit 2, weil ich mich damit beschäftigt habe. Auf eigene Faust, da ich seit 20 Jahren mit dem Herz zu tun habe. Und das ist natürlich klar, dass du dich über das Ganze informierst, dass du weißt, welche Funktion es hat und was es macht“ (AN_P11). Bei der Eigenrecherche kann es jedoch vorkommen, dass das Verständnis nicht immer vollständig gegeben ist. Diesbezüglich berichtete ein Patient aus Niederösterreich: „Ich würde sagen es ist in der Mitte. Ich habe mich schon informiert, ich habe schon sehr viel gelesen, aber natürlich auch nicht sehr viel verstanden“ (AN_P6).

Rekrutierung für DMPs: Die Rekrutierung der Patientinnen bzw. Patienten, die bereits an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilgenommen hatten, erfolgte vorwiegend über die behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte. Die Vermittlung funktionierte ohne weitere Komplikationen. So berichtete ein Patient aus Tirol: „Der Arzt, der mich am letzten Tag untersucht hat, hat ein Ultraschall gemacht hat in der Klinik. Dieser Arzt hat mir eine Telefonnummer von HerzMobil gegeben. Da habe ich dann angerufen und der Herr [von HerzMobil] ist dann zu mir kommen“ (AN_P2). Ein weiterer Patient berichtete von der einfachen Vermittlung direkt im Krankenhaus zu dem strukturierten Behandlungsprogramm: „Also in der Notaufnahme bin ich in der Klinik gelegen. Dort hat der Dr. Pulaski oder wie er geheißen hat, gesagt, dass ich ein Erfolg für die HerzMobil wäre. Der ist sich dann nachher vorstellen gekommen. Ja und seitdem bin ich mit denen [HerzMobil] in Kontakt“ (AN_P3).

Bei der Vermittlung durch Ärztinnen bzw. Ärzte gab es jedoch auch Probleme und Missverständnisse, die seitens der Patientinnen bzw. Patienten zu Enttäuschung führen können. Ein Patient aus Wien erzählte von solch einer negativen Erfahrung bei der Rekrutierung für DMPs: „Der Hausarzt hat aufgrund vom Diabetes die Teilnahme an diesem Programm vorgeschlagen. Und ich habe auch schon Bücherl bekommen und [Kontaktdaten mit dem Hinweis]: Melden sie sich doch dort. Das habe ich gemacht. Aber das Ergebnis war, wir haben keinen Platz bekommen. Also da stimmt irgendwas mit dieser Abstimmung zwischen dem Arzt, der das empfiehlt, und der Dienststelle nicht. Also da passt die Gewichtung nicht. Man erzeugt ja auch eine Erwartungshaltung, wenn ich sag: ‚tolles Auto, super billig‘, dann gehst du zum Händler und es ist aus. [Das] ist eine Enttäuschung“ (AN_P4).

Wünsche bzw. Anforderungen an DMPs: Generell waren CHI-Patientinnen bzw. -Patienten mit der derzeitigen medizinischen Betreuung zufrieden. Diejenigen, die bereits Erfahrung mit strukturierten Behandlungsprogrammen gemacht hatten, schätzten die zusätzliche Unterstützung und wünschten sich, dass diese Programme über einen längeren Zeitraum bestehen, wenn nicht sogar dauerhaft. Patientinnen bzw. Patienten, die noch keine Erfahrung gemacht hatten, erhofften sich im Rahmen eines DMPs in erster Linie, dass von Ärztinnen bzw. Ärzten mehr auf die individuelle Krankheitssituation eingegangen und sich mehr Zeit genommen wird. So drückte es eine Patientin folgendermaßen aus: „[...] Dass man halt gut aufgeklärt wird und es einfach gesprochen wird. Und von der Medizin, von den Ärzten her, wirklich auf den Patienten mehr eingegangen wird. Das ist eine Zeitfrage, dass weiß ich schon, aber das wäre wichtig“ (AN_P9). Ein weiterer Patient unterstrich mit seiner Aussage die Wichtigkeit, im Rahmen eines DMP, die individuelle Situation der jeweiligen Patientin-

nen bzw. Patienten zu berücksichtigen, indem er auf folgendes hinwies: „*Mir ist das Individuelle ganz wichtig. Ich habe die 0815-Erfahrung gemacht: Frische Ärzte von der Uni, das haben wir gelernt, dass setzen wir um, da gibt es Standardverfahren. Logisch, so ist gelernt, sehe ich ein, aber es trifft nicht auf jeden zu*“ (AN_P15).

Gesundheitspersonal

Kommunikation mit Ärztinnen bzw. Ärzte: Die Kommunikation mit Ärztinnen bzw. Ärzten über CHI sowie die Aufklärung der Patientinnen bzw. Patienten über ihre Krankheit verlief in den meisten Fällen verständlich. Patientinnen bzw. Patienten berichteten durchwegs, dass Fragen beantwortet wurden und die Ärztinnen bzw. Ärzte mit ihnen auf Augenhöhe kommunizierten. Ein Patient aus Wien berichtete folgendes: „*Ich diskutiere nicht, ich vertraue dem Arzt. Mein Hausarzt ist einmalig. Er sagt klipp und klar, was los ist. Das finde ich als sehr angenehm. Ich stelle schon Fragen, wenn ich was nicht verstehe*“ (MM_P18). Ein Patient aus Niederösterreich war auch zufrieden mit der Kommunikation mit seinem Arzt und beschrieb sie folgendermaßen: „*Eigentlich [ist] sehr gut erklärt worden, wie das funktioniert. Natürlich habe ich nicht alle Fachausdrücke verstanden, aber im Grunde, wie das funktioniert und was gemacht wird, ist mir sehr verständnisvoll gesagt worden. Die lateinischen Wörter, die kann ich nicht, ich bin kein Akademiker. Das haben sie mir erklärt*“ (AN_P6). Jedoch gab es auch vereinzelt Kommunikationsschwierigkeiten, bei denen strukturierte Behandlungsprogramme versäumte Aufklärung nachholen können. Beispielsweise berichtete ein Patient aus Tirol: „*Im Spital, nein, da kann ich mich nicht mehr gut daran erinnern. Eigentlich glaube ich, dass mir erst das HerzMobil das richtig erklärt hat. In der Klinik reden die Ärzte so, dass man nicht alles versteht*“ (AN_P3).

Obwohl die Kommunikation mit Ärztinnen bzw. Ärzten seitens der Patientinnen bzw. Patienten weitgehend als verständlich wahrgenommen wurde, muss neben Verständlichkeit, auch die psychische Komponente der Patientinnen bzw. Patienten, in solch einer Kommunikations-Situation berücksichtigt werden. Patientinnen bzw. Patienten berichteten davon, dass es – obwohl die Kommunikation verständlich war – aufgrund psychischer Einflussfaktoren schwierig war, die kommunizierte Information der Ärztinnen bzw. Ärzte auf- und anzunehmen. Ein Patient beschrieb die Situation beispielsweise folgendermaßen: „*Das hat mir psychisch eine mordstrum Floschn gegeben [...] wie er mir gesagt hat, das Herz ist nicht mehr das Beste. Da war ich fertig. Bist du deppert, [...] das tut so weh, das glaubt keiner, wenn du dich einschränken musst [...]. Ich wollte es nicht verstehen. Ich habe es zwar verstanden, aber ich habe mir gedacht ‚leckt’s mich am Arsch, ich mach trotzdem, was ich will‘. Ich habe es wahrgenommen, wie es um mich steht, aber ich wollte es nicht glauben. Ich habe es verdrängt*“ (AN_P8). Eine Patientin, die ebenfalls von einem psychischen Belastungszustand während der ärztlichen Aufklärung berichtete, hatte sich durch die empathischen Kommunikation dennoch gut aufgehoben gefühlt. Sie erzählte: „*Und am Anfang war das schon ein Schock, muss ich ehrlich sagen, aber es ist sehr gut erklärt worden im Krankenhaus. Also empathisch. Es ist mir einfach vorkommen, es kümmert sich jemand und sie nehmen das wirklich ernst. Also ich bin keine Nummer. Ich habe mich gut aufgehoben gefühlt und gut betreut. Ja, gut aufgeklärt*“ (AN_P9).

Einsatz von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen: Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen kommt im Rahmen von DMPs neben Ärztinnen bzw. Ärzten eine wichtige Rolle zu. Nicht alle Patientinnen bzw. Patienten konnten sich jedoch vorstellen, dass sie Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe im Umgang mit CHI unterstützen können. Obwohl Betroffene grundsätzlich begrüßten, dass sie Besuch von einer

Pflegeperson bekommen, waren Ärztinnen bzw. Ärzte oder die Familie als Ansprechpartner bei CHI die deutlich bevorzugte Anlaufstelle. So erzählte ein Patient beispielsweise: *„Ich muss ehrlich sagen, das würde ich nicht unbedingt erforderlich sehen. Weil wenn ich ein Problem habe, dann gehe ich über den Arzt zum Spezialisten und lass mich informieren und beraten. Aber das ich sage, ich brauche Beratung von einer Krankenschwester oder sowas, das würde ich nicht in Betracht ziehen“* (MM_P20).

Kommunikation und Marketing von DMPs

Benötigte Information zu DMPs: Information zu DMPs wurde Patientinnen bzw. Patienten vorwiegend von behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten mitgeteilt. Hier wurde jedoch oftmals keine konkrete Information bezüglich der Rahmenbedingungen der Programme vermittelt. Vertrauen zu behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten reichte für eine Teilnahme an einem DMP oftmals auch aus. So berichtete ein Patient: *„Ich habe relativ wenig Vorinformation bekommen. Nachdem ich ein sehr hohes Vertrauen in meinen Arzt, der mich schon lange kennt, habe, war das für mich klar. Er kennt meine Situation. Er empfiehlt mir etwas, von dem er überzeugt ist. Also mach ich das“* (AN_P4). Im zweiten Schritt wurden Rahmenbedingungen dennoch in die Entscheidung zu einer Teilnahme miteinbezogen. Diese müssen klar kommuniziert und ein individueller Nutzen für Patientinnen bzw. Patienten, wenn sie daran teilnehmen, sollte hervorgehoben werden. Ein Patient aus Wien fasste zusammen: *„Was natürlich dann für mich die Frage war, ist ‚wie oft ist es‘ und ‚wie lang dauert das‘. Auch die Vereinbarkeit mit der Betreuungspflicht für meinen Sohn, der damals jung war, ist wichtig gewesen. Also wie ist das vereinbar? Wie läuft das? [...] Wie oft ist das? Sind das Block-Veranstaltungen und sind das über mehrere Monate dauernde Regelmäßigkeiten? Das müsste ich ja dann einfach planen. Aber wenn das clever ist, ist das gut. Ich glaube, es muss der Nutzen erklärt werden. Nur zu sagen, dass ist jeden Freitag von 14 bis 17 Uhr. Ja, das ist zwar gute Information, aber es ist eben eine Last. Jeder, der an so einem Programm teilnimmt, soll davon einen Nutzen haben, z.B. dass er bei der Ambulanzbesuchen [im Rahmen eines] Fast-Tracks [vorgezogen wird]. Solche Bevorzugungen, vielleicht Belohnungen... Wenn ich dem Patienten etwas biete, dann glaube ich auch, dass das auf Zustimmung [stößt]“* (AN_P4). Aufgrund von u.a. schwieriger Vereinbarkeit mit Berufstätigkeit und Betreuungszeiten der Kinder war Wissen über den zeitlichen Umfang eines DMPs für Patientinnen bzw. Patienten sehr wichtig, damit sie sich für eine Teilnahme entscheiden konnten. Beispielsweise äußerte sich ein Patient aus Kärnten folgendermaßen dazu: *„Es geht darum zu wissen, wie hoch der Zeitaufwand ist. Bei mir ist die Entfernung bis zur Bezirkshauptstadt 30 km. Einmal im Monat ist nicht das Problem, aber sind das fixe Ärzte? Der eigene Kardiologe?“* (AN_P12). Neben organisatorischer Information, schien es für Patientinnen bzw. Patienten auch wichtig zu sein, wer das infrage kommende DMP durchführt. So äußerte sich eine Patientin folgendermaßen dazu: *„Natürlich wäre ich interessiert, einschätzen zu können, ob das tatsächlich dem Gesundheitssystem in Österreich dient oder ob eine Pharma-Fabrik Sachen macht, damit diese besser verdient. Ich hätte ganz gerne, dass es sozusagen nicht irgendeinem Profit nützlich ist, sondern der Volksgesundheit“* (MM_P19).

Kommunikations-Tools DMPs

Zu Kommunikations-Tools, die im Rahmen von DMPs von Patientinnen bzw. Patienten verwendet werden können, um die Kommunikation zu erleichtern, wurden die Meinungen der Patientinnen bzw. Patienten abhängig vom Tool eher als gemischt eingestuft. Zusammenfassend fanden diese den telefonischen Kontakt mit dem Gesundheitspersonal, im Gegensatz zu postalischem Informationsmaterial, zielführender, um in Kontakt zu bleiben, Fragen

zu stellen, sowie Hilfe in Situationen, in denen es ihnen aufgrund der Krankheit gesundheitlich nicht gut geht, zu bekommen. Eine Patientin meinte folgendes dazu: *„Mir ist das Telefon wichtig. Ich mag es nicht so gerne, Sachen zu lesen oder so. Es irgendwo telefonisch zu machen, ist mir am liebsten“* (AN_P1). Ein weiterer Patient äußerte sich dazu folgendermaßen: *„[Postalische Zuschrift] wird in den meisten Fällen ungelesen papierkorbisiert. Da kommt so viel Werbung, der Großteil schnappt das Ganze und schmeißt es weg. [Telefonische Anrufe] sind zielführend. Das Problem ist, dass zweimal die Woche zu viel ist. Ich hätte gesagt, zweimal im Monat lass ich mir einreden [...]. Irgendwann kennt man die Nummer und hebt nicht mehr ab. Ist halt so. Ganz normal, der Mensch ist so, vergiss es, will ich nicht und dann wird nicht abgehoben, weil es zu viel ist“* (AN_P15). Andere Patientinnen bzw. Patienten standen telefonischen Anrufen gegenüber abgeneigt, da die Besorgnis bestand, dass die Information bei einem telefonischen Gespräch nicht in der eigenen kognitiven Verarbeitungszeit aufgenommen werden kann. Eine Patientin formulierte dies folgendermaßen: *„Anrufe wären eher anstrengend. Post, das kann ich lesen, wenn ich das will, bei Anrufen ist das anders. Weil es mir lieber ist, wenn ich es lesen kann. Wenn ich das lese und ich kann mich dann mit jemandem darüber unterhalten ist mir das lieber, wie ich das jetzt direkt am Telefon machen muss“* (AN_P9).

Ein analoges Gesundheitstagebuch, in dem Symptome und Gesundheitswerte (z.B. Blutdruck, Puls) aufgezeichnet werden, wurde bereits vielfach im Selbstmanagement von Patientinnen bzw. Patienten benutzt. Eine Patientin berichtete beispielsweise: *„Ja, das trage ich [ins Gesundheitstagebuch] ein. Das macht mir gar nichts“* (AN_P13). Die Durchführung eines Gesundheitstagebuches online in Form einer App fand bei den meisten Patientinnen bzw. Patienten keinen großen Anklang, da der Umgang mit Smartphones nicht geübt war. Ein Patient äußerte sich dazu beispielsweise folgendermaßen: *„Ich bin ein absoluter Gegner, also von Handys und Smartphones. [...] Mit Handy und so – da bin ich ganz, ganz, ganz, ganz schwach“* (AN_P6). Wenn Patientinnen bzw. Patienten der Umgang mit dem Smartphone erklärt wird und sie sich daran gewöhnen, dann hatten die meisten das Gefühl, dass sie im Selbstmanagement damit umgehen könnten. Eine Patientin drückte dies so aus: *„Ich habe ein ganz normales Handy. Also ich glaube nicht, dass mir das Probleme bereiten würde [...]. Man müsste es sich erklären lassen, weil ich die Generation bin, die nicht damit aufgewachsen ist. Da habe ich keine Scheu davor“* (AN_P9). Ein einziger Patient meinte ausdrücklich, dass Betroffene von einer regelmäßigen Online-Dokumentation einen Nutzen haben würden. Mit folgendem Standpunkt stellte er eine Ausnahme dar: *„Ich glaube auch, dass etwas mit einer App extrem gut wäre. Die Frage ist, ob der Patient damit umgehen kann? [...] Aber auch hier würde ich wieder nicht nur Daten liefern lassen, sondern da muss auch wieder ein Nutzen für den Patienten dabei sein. Der muss einen Vorteil haben. Ob das jetzt ein virtueller ist, ein grünes ‚gut gemacht‘ ist oder man sagt ‚du bist in der Gruppe derjenige, mit dem besten Ergebnis‘, irgendwas musst du dem, der da mitmacht, geben. [...] [Man muss] also auch ein bisschen die soziale Komponente [bedienen]. Das heißt, wer daran teilnimmt, soll auch klar sagen, dass, wenn er jetzt top ist, wird er benannt. Das ist etwas, wo die Leute einfach mitziehen“* (AN_P4). Wenn Patientinnen bzw. Patienten im Umgang mit dem Smartphone unsicher waren, konnten sie es sich dennoch oftmals vorstellen, dass die Familie sie damit unterstützt und somit die Nutzung des Smartphones im Rahmen des DMPs dennoch gelingen könnte.

Informationsmaterial zu CHI und einem DMP zu CHI sollte laut Patientinnen bzw. Patienten verständlich, in einfacher Sprache sowie mit Vergleichen und Illustrationen gestaltet sein. Wenn sie diese Kriterien erfüllen, sind sie eine gute Ergänzung zu Gesprächen mit den Ärz-

tinnen bzw. Ärzten. Ein Patient berichtete beispielsweise von Zeichnungen, die ihm bei Informationsmaterial besonders im Gedächtnis geblieben sind: *„Besonders war für mich dieses kleine Informationsbuch. Das war interessant mit den Vergleichen anhand einer Zeichnung. [...] wo sich was verändert und wie [sich] die Situationen, die man hat, [verändert] und wo man da anfällig ist. Das war recht interessant. Visuell dargestellt ja“* (AN_P6). Manche Patientinnen bzw. Patienten erachteten Informationsmaterial zu CHI als sinnlos und andere Kommunikationsmöglichkeiten, wie Smartphone-Apps, als deutlich sinnvoller. So sprach sich ein Patient folgendermaßen gegen Informationsmaterial aus: *„Man schaut das einmal an und dann liegt es auf der Seite, das ist normal [...]. Darum ist es vergebene Liebesmüh, rausgeschmissenes Geld. Da sollte man eher mit dem Handy oder dergleichen am Arsch gehen“* (AN_P15). Alleine Informationsmaterial zu CHI oder DMPs brachte vielen Patientinnen bzw. Patienten keinen großen Informationsvorteil, da medizinische Information nicht von allen Patientinnen bzw. Patienten durch alleiniges Lesen verinnerlicht werden kann. Eine Patientin brachte dies folgendermaßen zu Ausdruck: *„Langweilig war's nicht, aber weiter hilft es nur, wenn ich mit jemandem drüber reden kann. Für mich ist es wichtig, dass ich mit jemandem drüber reden kann“* (AN_P9).

Trotz der Vielzahl an unterschiedlichen Kommunikations-Tools, die im Rahmen eines DMPs unterstützend zur direkten Kommunikation benutzt werden können, bevorzugten die meisten Patientinnen bzw. Patienten das direkte Gespräch mit Ärztinnen bzw. Ärzten. So meinte beispielsweise eine Patientin: *„Gespräche mit dem Arzt wären dann für mich vorrangig“* (MM_P19). Ein anderer Patient war bei diesem Thema gleicher Meinung und unterstrich mit folgender Aussage die Wichtigkeit von direktem Kontakt mit Ärztinnen bzw. Ärzten: *„Da muss ich schon sagen, es wäre mir lieber, wenn ich da wirklich den Menschen beieinander [habe], der mir das ins Auge sieht. Hier möchte ich schon an und für sich lieber einen Arzt, den ich persönlich sehe und kenne, da mir das wesentlich lieber wäre“* (AN_P11).

3.2.2. Interviews mit Gesundheitspersonal

Die Interviews mit Gesundheitspersonal umfassen DMPs allgemein, spezielle Formen von DMPs, Charakteristika von der Zielgruppe Patientinnen bzw. Patienten aus Sicht des Gesundheitspersonals, Kommunikation und Marketing von DMPs und Kommunikations-Tools, die im Rahmen von DMPs eingesetzt werden können.

DMPs allgemein

Erfahrung: Acht der neun befragten Hausärztinnen bzw. Hausärzte nahmen zum Zeitpunkt des Interviews am DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ teil, einer war in Ausbildung zu dessen Teilnahme. Die Erfahrungen mit diesem DMP waren überwiegend positiv. Es wurde berichtet, dass die Primärversorgungszentren zur Teilnahme verpflichtet waren und diese auch aktiv vorantrieben: *„Nachdem wir primär Versorgungszentrum sind, haben wir 500 Patienten im DMP“* (AN_4). Auch unter den Kardiologinnen bzw. Kardiologen waren „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ und einige Behandlungsprogramme mit Herzfokus bekannt. Es zeigte sich eine große Bereitschaft, an Studien und Pilotversuchen im Bereich der strukturierten Versorgungsprogramme teilzunehmen. So berichteten die Ärztinnen bzw. Ärzte von Pilotprojekten im Bereich Herzinsuffizienz in Oberösterreich (AN_4; AN_10), von einem großangelegten Chronikerprogramm in der Steiermark (MM_10), einem „handgeschneiderten“ Programmen in Niederösterreich (AN_6), dem Projekt „Kardio Mobil“ in Salzburg (AN_3), dem Projekt „Herz Mobil“ in Tirol (MM_7) sowie bekannten Studien in diesem Bereich (AN_8). Auch hier berichteten alle Befragten von positiven Erfahrungen. Ein Kardiologe merkte jedoch an: *„Man schafft es leicht genug Leute zu finden, um ein Pilotprojekt*

Einstellung: Über alle Berufsgruppen hinweg war allen Befragten die Grundidee von DMPs bekannt und wurde als positiv bewertet. Auch besonders auf die Krankheit der chronischen Herzinsuffizienz bezogen, herrschte große Einigkeit über die Sinnhaftigkeit eines DMPs. Eine Hausärztin drückte jedoch Kritik am Namen „Disease-Management-Programm“ aus: *„Ich manage keine Diseases. Mach ich nicht, meine ich, nicht mein Job. Ich betreue Patienten. Das heißt also, der Ausdruck gehört meines Erachtens dringend revidiert“* (AN_6). Auch wurde bei den Interviews klar, dass eine Vielzahl von Namen unterschiedlicher Behandlungsprogramme kursiert (z.B. „HerzMobil“, „Cardiomobil“), was die Klarheit des DMP-Begriffs verwässert. Dazu trägt zusätzlich bei, dass viele Projekte nur in bestimmten Bundesländern laufen, was die Kommunikationsarbeit und folglich die Bekanntheit von DMPs einschränkt. Eine Ärztin wünschte sich ein einheitliches, bundesweites DMP mit einem ansprechenden Namen, der niederschwellig erinnerbar ist. Auch wurde angemerkt, dass der deutsche Name eventuell einfacher zu kommunizieren wäre.

[illegible]

Das Gesundheitspersonal sah eine Reihe von positiven Effekten in der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen auf die Versorgungsqualität. So wurden die positiven Effekte auf Patientinnen bzw. Patienten besonders oft genannt. Durch häufigere Re-Evaluierung von Behandlungen, die sich auf bessere Diagnosen auswirken, kann die Behandlungsqualität erhöht und somit auch die Lebensqualität verbessert werden. Hospitalisierungen und Rehospitalisierungen können vermindert werden. Sowohl Begleitscheinungen von chronischen Erkrankungen, als auch die medikamentöse Einstellung kann regelmäßiger überprüft werden, was die Therapietreue und Adhärenz erhöhen würde. Eine

medizinische Assistentin strich besonders die Möglichkeit hervor, Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen des DMPs besser schulen zu können, da mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen würden. Auch kann eine bessere ‚Arzt-Patienten-Beziehung‘ durch die regelmäßigen Termine aufgebaut werden und Patientinnen bzw. Patienten würden sich besser in die Behandlung eingebunden fühlen. Dies könnte zu mehr Empowerment führen, was wiederum zu höherer Compliance führen könnte. Weiter meinten Ärztinnen bzw. Ärzte, dass durch die kontinuierliche Rückschau und Beobachtung, gesetzte Ziele besser erreicht werden könnten. Dies würde motivierend auf Patientinnen bzw. Patienten wirken. Es müsste jedoch individuell auf diese eingegangen werden, da nicht alle eine partizipative Zielsetzung wünschen, sondern einige Patientinnen bzw. Patienten „klare Ansagen“ der Ärztinnen bzw. Ärzte präferieren würden.

Einige Ärztinnen bzw. Ärzte begrüßten die klaren Handlungsanweisungen und Guidelines, nach denen im Rahmen eines DMPs strukturiert gearbeitet werden kann. Besonders außerhalb von urbanen Räumen, wird in DMPs eine Chance gesehen, die Behandlung durch eine Standardisierung der Versorgung zu verbessern: *„Weit weg von den großen Ballungszentren, sehe ich einfach die Versorgung der Patienten am Land. Die grad in Kärnten, in den Tälern oft wohnen und die oft keine geregelte Therapie bekommen. Und ich erwarte mir von einem DMP, dass eine neue, eine standardisierte Therapieform dann einfach mehr Einzug findet. Auch in Gegenden wo man auch dann halt die Hausärzte informiert. Dadurch, dass das normiert ist, eben auch mir etwas in die Hand gibt, wo sie sehr wohl etwas tun können und man nicht immer abhängig ist, dass der Patient zum Internisten geht“* (AN_11). Zwei der Befragten sahen darin jedoch auch eine Gefahr, dass persönliche Behandlungsstrategien durch strenge standardisierte Therapiepläne untersagt werden könnten. Dies könnte auch Kolleginnen bzw. Kollegen aus der Berufsgruppe abschrecken, teilzunehmen, da sie von der eigenen Behandlungsart nicht abweichen wollen. Ein weiterer kritischer Punkt, der vom Gesundheitspersonal geäußert wurde, betraf die Versorgungsqualität. Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe befürchteten, dass im Rahmen eines DMPs eine alleinige Fokussierung auf eine spezifische Krankheit erfolgt und andere Komorbiditäten, die bei CHI oftmals bestehen, vernachlässigt werden. Die Ärztinnen bzw. Ärzte befürchteten im Rahmen eines DMPs, den Blick für die Ganzheitlichkeit der Person zu verlieren.

Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner sahen die Struktur des DMPs als eine Möglichkeit des besseren Managements von Patientinnen bzw. Patienten. So wurde erwähnt, dass es im Rahmen eines DMPs einfacher sei, einen Überblick zu behalten und die Arbeitszeit, durch die fixen Termine, zu strukturieren. Kritisiert wurde jedoch auch die Unklarheit der unterschiedlichen Strukturen: *„Das Problem ist, dass die DMPs so extrem unterschiedlich gestaltet sind. Da gibt's manche, die machen nur einen Tele-Monitoring und andere, die machen extrem viel persönliche Betreuung. Und manche, die sind immer nur kurz nach Hospitalisierung. Und manche, die sind irgendwie als Langzeit-Management geplant“* (AN_8). Hier berichteten Ärztinnen bzw. Ärzte, dass es mehr Vereinheitlichung brauchen würde, um beispielsweise DMPs für Patientinnen bzw. Patienten in Modulen nach Bedarf zusammenstellen zu können.

Mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte berichteten, dass sie sich eine Intensivierung des Feedbackprozesses bzw. eine Auswertung über die Leistungen im DMP und ein Vergleich mit anderen Beteiligten (Stichwort: Benchmarking) wünschen würden. Eine Ärztin befürchtete jedoch, dass der Blick auf den Gesamtzustand der Patientin bzw. des Patienten, durch den Fokus auf spezifische Parameter, verloren geht, um Benchmarking-Werte zu optimieren.

Auch befürchtete sie, dass Patientinnen bzw. Patienten mit schlechten Werten weniger intensiv in ein DMP aufgenommen werden, sollte ein Benchmarking durchgeführt werden. Den Ärztinnen bzw. Ärzten wäre auch eine Steigerung der Qualitätskontrollen innerhalb des DMPs wichtig. So sagte ein Hausarzt: „*Wichtig ist, dass man es auch ernst nimmt und nicht nur, dass man alle drei Monate eine Blutabnahme macht und den Zettel ankreuzt, DMP müsste man viel, viel größer aufziehen und viel ernster nehmen*“ (MM_10). Obwohl die Befragten Kontrollen befürworteten, um die Qualität des DMPs zu verbessern, sahen sie darin auch eine Hürde für Kolleginnen bzw. Kollegen, da sich diese dadurch unter Druck gesetzt fühlen könnten.

Mehrere Befragte erwähnten den zentralen Aspekt des DMPs der Kostendämpfung. So sollen durch die Entlastung der Spitäler und Ambulanzen sowie eine Verringerung von Medikation, Kosten gespart werden.

Motivation: Die Motivationen des Gesundheitspersonals an DMPs teilzunehmen, stehen in engem Zusammenhang mit den bereits erklärten Vorteilen, die diese in DMPs sehen. So nannten Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner folgende Aspekte als Hauptmotivatoren zur Teilnahme an DMPs: Verbesserung der Betreuungsqualität der Patientinnen bzw. Patienten, Struktur in der Behandlung und Bürokratie, Erhöhung der Therapietreue der Patientinnen bzw. Patienten, Möglichkeit der frühzeitigen Intervention und präventiven Betreuung, Weiterbildung in spezifischen Krankheitsbildern, Patientinnen- bzw. Patientenschulung und Empowerment, Schaffung von Netzwerken innerhalb der medizinischen Berufsgruppen und die Arbeit in multidisziplinären Teams. Neben den bereits genannten Motivatoren erwähnten Kardiologinnen bzw. Kardiologen, dass das Ziel von DMPs, Hospitalisierungen zu verhindern, Therapien zu optimieren und damit auch eine Kostensenkung herbeizuführen, ebenfalls motivierend auf sie wirkt. Das Pflegepersonal sah zusätzlich besonders die eigene Weiterbildung und Kompetenzausweitung sowie die Möglichkeit der Teamarbeit als motivierend.

Spezielle Formen von DMPs

DMPs mit Einbezug von Gemeinschaft: Die Einstellung von Gesundheitspersonal bezüglich der Einbindung von Gemeinden im Rahmen von DMPs variierte. So begrüßten einige der Ärztinnen bzw. Ärzte die Idee, dass durch die Dynamik und die Zusammenarbeit in der Gruppe, Patientinnen bzw. Patienten ein stärkeres Netzwerk haben und sich gegenseitig unterstützen könnten. Ein Arzt äußerte beispielsweise: „*Wenn der Patient in einem System von Information und Begleitung ist, dass das Gesundheitspersonal dann wirklich erst in Anspruch genommen werden, wenn wirklich ernsthafte Probleme auftauchen*“ (MM_3). Auch wurde gutgeheißen, dass Informationen auf unterschiedlichen Kanälen verbreitet werden können beispielsweise über die Bezirkszeitung oder Betriebsräte. Bei der Einbindung von Arbeitgeberinnen bzw. Arbeitgebern wurde jedoch befürchtet, dass sich diese überfordert fühlen und in Folge eher davor zurückschrecken würden, Menschen mit einer chronischen Erkrankung einzustellen oder deren Arbeitsverträge aufrecht zu erhalten. Des Weiteren wurde der Gesundheitszustand als etwas Höchstpersönliches angesehen, was nicht an Kolleginnen bzw. Kollegen kommuniziert wird. Gesundheitspersonal befürchtete, dass Patientinnen bzw. Patienten am Arbeitsplatz zurückschrecken könnten, im Rahmen eines DMPs Informationen über ihre Krankheit einzuholen, die sie als Patientin bzw. Patient ‚outen‘ würde. Speziell für DMPs, die sich an Patientinnen bzw. Patienten mit CHI richten, wurde der Arbeitsplatz als Ort der Durchführung als wenig effizient angesehen, da die Erkrankung

eher im höheren Alter relevant wird und das Pensionsalter mit 65 Jahren in Österreich somit unter dem Alter der Durchschnittspatientinnen bzw. -patienten liegt. Einige der Ärztinnen bzw. Ärzte brachten diese Art von DMP mit Sozialarbeit in Verbindung und hinterfragten, ob die Integration von Gesundheitspersonal im Rahmen eines DMPs, das u.a. am Arbeitsplatz stattfindet, notwendig wäre. Auch hier stellte sich die Frage nach den Ressourcen, die für ein solches DMP eingesetzt werden müssten.

Neben positiven Reaktionen, zeigten sich einige Ärztinnen bzw. Ärzte desinteressiert und/oder skeptisch. Besonders in Bezug auf die Behandlung von CHI herrschte Skepsis, da es sich um eine eher seltene Erkrankung mit einer speziellen Zielgruppe handelt. Des Weiteren hinterfragte das Gesundheitspersonal generell, ob der Begriff der ‚Gemeinde‘ bzw. ‚Community‘ im urbanen Raum überhaupt Bedeutung hat. Einerseits hatten sie Bedenken, dass die Einstellung der Bewohnerinnen bzw. Bewohner gegenüber einem DMP mit Einbezug der Community eher negativ ausfallen könnte. So äußerte sich ein Arzt beispielsweise: *„Es geht alles eher in Richtung anonym“* (MM_10). Andererseits, befürchtete das Gesundheitspersonal, dass die Strukturen (z.B. Verantwortlichkeiten) nicht klar definiert sind und es hier zu Komplikationen kommen könnte.

DMPs mit Einbezug von Familie: Bis auf einen Befragten sahen alle Befragten des Gesundheitspersonals den Einbezug von Familie und Bezugspersonen in DMPs als wichtig und vorteilig an. Dies sei umso mehr der Fall, wenn Patientinnen bzw. Patienten bereits kognitiv abgebaut haben. So wurde erwähnt, dass Bezugspersonen oft Informationen mit Gesundheitspersonal teilen, die der Patientin bzw. dem Patienten unangenehm sind, aufmerksam den Gesundheitszustand beobachten und Patientinnen bzw. Patienten bei der Einhaltung von Therapieplänen unterstützen. Auch die Rolle von Angehörigen als Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher wurde erwähnt. Das Gesundheitspersonal erzählte jedoch, dass sich nicht alle Angehörigen um Patientinnen bzw. Patienten gleichermaßen kümmern würden. Prinzipiell herrsche ganz klar die Situation vor, dass sich Frauen um ihre Männer kümmern. Das umgekehrte Szenario wurde selten erwähnt. Ein Arzt äußerte: *„Wenn an der Diabetiker-Schulung ein älterer Mann teilnimmt, der hat sich in seinem Leben nie selber gekocht. Und wenn da die kochende Ehefrau an der Schulung teilnimmt, führt das einfach dazu, dass das Verständnis und natürlich längerfristig gesehen auch der gesundheitliche Outcome für den Patienten wesentlich steigt“* (MM_3). Im Falle eines DMPs mit Einbezug der Familie erachtete es das Gesundheitspersonal jedoch als wichtig an, Patientinnen bzw. Patienten individuell entscheiden zu lassen, wie weit sie Bezugspersonen miteinbeziehen wollen. Eine Ärztin betonte, dass im familiären Kontext Vorsicht geboten ist, wenn medizinische Informationen geteilt werden: *„Man muss mit auch familieninternen Informationen extrem vorsichtig sein, weil die zum Teil auch wirklich missbräuchlich verwendet wird. Ja, zu Kontrollzwecken, zu Rache, zu Strafzwecken und familiäre Strukturen sind extrem komplex“* (AN_6). Das Gesundheitspersonal merkte zudem an, dass darauf geachtet werden sollte, Bezugspersonen nicht zu überfordern.

Charakteristika Patientinnen bzw. Patienten

Zielgruppe von DMPs: Die Zielgruppe von DMPs wurde von den Befragten anhand unterschiedlicher Kriterien definiert. Einerseits wurde nach dem Krankheitsbild vorgegangen, wobei Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner den präventiven Aspekt hervorstrichen, folglich bereits Patientinnen bzw. Patienten mit Risikofaktoren einer CHI miteinbezogen. In den Interviews stand die grundlegende Frage im Raum, ob ein DMP als Teil der

Präventivvorsorge oder als reaktives Behandlungsprogramm, das anschließend an eine bereits diagnostizierte Erkrankung erfolgt, angeboten wird. So identifizieren Kardiologinnen bzw. Kardiologen die Zielgruppe als ausschließlich Patientinnen bzw. Patienten, die bereits mit einer Herz-Dekompensation im Krankenhaus waren. Sie sahen auch das Spital als dafür verantwortlich an, die Patientinnen bzw. Patienten zu selektieren und zu einer Teilnahme zu motivieren. In der Allgemeinmedizin wird jedoch oft der präventive Gedanke vorangestellt. So äußerte sich beispielsweise eine Ärztin dazu: *„Ich finde es auch gut, wenn es noch mehr solche Programme gäbe, damit die Patienten regelmäßig zum Arzt gehen und vor allem die Vorsorge eigentlich in den Vordergrund rückt“* (MM_8). Eine Hausärztin meinte in diesem Zusammenhang, dass sie sich eine frühere Einbindung des niedergelassenen Bereichs in der Erstellung von DMPs wünschen würde, dies jedoch nur Sinn macht, wenn das DMP auch in der Verantwortung von Hausärztinnen bzw. Hausärzten angesiedelt ist.

Des Weiteren erwähnten einige Ärztinnen bzw. Ärzte, dass nur Patientinnen bzw. Patienten mit einem gewissen Maß an Interesse in ein DMP miteinbezogen werden sollten. Insgesamt waren die Ärztinnen bzw. Ärzte jedoch überzeugt, dass durch DMPs die Compliance erhöht werden kann, besonders bei Patientinnen bzw. Patienten, die merkbare Beschwerden haben. Als Herausforderung wurde erkannt, dass die Compliance bei zu geringer Schulung von CHI-Patientinnen bzw. -Patienten schnell wieder sinkt, da ihre Beschwerden mit Medikamenten relativ schnell vermindert werden können. Ebenfalls wurde erwähnt, dass sich CHI-Patientinnen bzw. -Patienten oft in einem hohen Alter mit Komorbiditäten und kognitiven Einschränkungen befinden, was die Teilnahme an einem DMP erschwert. Zusätzlich erwähnte ein Hausarzt, dass besonders Patientinnen bzw. Patienten mit sozioökonomisch niedrigem Niveau zu rekrutieren seien, da diese oft schlecht betreut sind und eine strukturierte Betreuung mit Einbindung einer Vertrauensperson gut annehmen. Dies wurde von einem Kardiologen bestätigt. Er meinte, dass eher bei älteren Personen ohne soziales Netzwerk und mit Schwierigkeiten im Alltag bei der Hospitalisierung ein Betreuungsbedarf festgestellt wird, der sich gut über ein DMP abwickeln lassen würde. Auch Patientinnen bzw. Patienten mit niedriger Gesundheitskompetenz wurden als Zielgruppe begrüßt, da sich Schulungen, als Teil des DMPs, an genau diese Gruppe wenden würden. Hierbei wurde die Wichtigkeit niederschwelliger Angebote und Informationsmaterialien in leichter Sprache herausgestrichen. Das Thema der Sprachbarriere wurde vom Gesundheitspersonal als bewältigbar eingeschätzt. Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher und Angehörige könnten hier helfen. Es wurde jedoch die Idee erwähnt, die Hilfe von Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher zu zentralisieren und im Rahmen des DMPs gemeinsame fremdsprachliche Patientinnen- bzw. Patienten-Gruppen zu erstellen.

Motivation der Patientinnen bzw. Patienten: Eine wichtige Frage für die erfolgreiche Durchführung eines DMPs ist, wie Patientinnen bzw. Patienten dazu motiviert werden können, mitzumachen und während des Prozesses Compliance zu zeigen. Hierzu gab es differenzierende Meinungen unter den Befragten. Ein Arzt sagte klar, dass nur Patientinnen bzw. Patienten, die bereits intrinsisch motiviert sind, in ein DMP aufgenommen werden sollten. Konträr dazu meinte ein anderer Arzt, dass DMPs als Opt-Out-Programme laufen sollten. Dementsprechend werden alle Patientinnen bzw. Patienten mit der passenden Diagnose automatisch in das DMP aufgenommen und müssen die damit verbundenen Tätigkeiten erfüllen. Nur Patientinnen bzw. Patienten, die die Teilnahme aktiv verweigern, werden abgemeldet. Zwischen diesen beiden Extremstandpunkten befanden sich Befragte, die auf den ‚autoritären‘ Einfluss der Ärztinnen bzw. Ärzte bauten: *„Was der Doktor empfiehlt, das tun die Leut“* (MM_9). Ein Vorschlag, der von mehreren Befragten eingebracht wurde ist, dass bei Teilnahme an einem DMP ein sichtbarer finanzieller Anreiz auf Patientinnen-

bzw. Patienten-Seite geschaffen wird. So wurde mehrfach eine Verringerung der Rezeptgebühr oder der Beitragszahlungen erwähnt. Auch wurde beschrieben, dass aufgrund einer Teilnahme bei „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ ein Blutzuckermessgerät refundiert wird. Mehrere Befragte betonten den Leidensdruck der Patientinnen bzw. Patienten als ausschlaggebendsten Faktor bzw. die Aussicht darauf, beschwerdefrei zu leben. Betont wurde hier jedoch, dass dieser Motivator bei CHI problematisch ist, da sich Beschwerden durch gute Therapie einstellen, diese jedoch bei sinkender Compliance wieder zunehmen. Patientinnen bzw. Patienten muss klar kommuniziert werden, dass CHI eine chronische, nicht heilbare Erkrankung ist. Weiters sollte kommuniziert werden, dass durch Compliance in einem DMP ein autonomes und leistungsfähiges Leben möglich ist. Ein Arzt erwähnte auch, dass die Reduktion von Medikamentendosen im Rahmen eines DMPs als motivierend für Patientinnen bzw. Patienten gelten könnte. Dies sollte klar als möglicher Erfolg eines DMPs kommuniziert werden.

Generell wurde vom medizinischen Personal Schulung und Empowerment von Patientinnen bzw. Patienten als sehr motivierend angesehen. Hierzu wurde eine Reihe von Möglichkeiten erwähnt. Eine Möglichkeit, die viele Ärztinnen bzw. Ärzte sehen, um Patientinnen bzw. Patienten für ein DMP zu motivieren, ist, den intrinsischen Willen der Patientinnen bzw. Patienten, informiert zu sein und sich besser mit ihrer Krankheit auszukennen, anzusprechen. Auch der klare Fahrplan bzw. die klare Struktur des DMPs wird als Hilfe für Patientinnen bzw. Patienten empfunden, um Therapien zu befolgen und motiviert zu bleiben. Zudem motiviert das Gefühl der Einbindung und des Mitspracherechts z.B. durch das eigene Aufzeichnen von Messwerten. Eine Pflegerin betonte, dass erst durch den Aufbau einer Vertrauensbasis, das persönliche Ziel der Patientin bzw. des Patienten erarbeitet und als Motivation genutzt werden kann. Diese persönliche Ebene, sah sie als Schlüssel zur Motivation der Patientinnen bzw. Patienten an: *„Da gibt es auch viele Projektionen. Ich denke mir vielleicht ‚Boah, also ich möchte unbedingt so mobil sein, dass ich überall hingehen kann. Das ist mein Ziel‘. Und ich denke mir, das ist das Ziel jedes Patienten. Dabei ist es das Ziel des Patienten: ‚ich bewege mich in der Wohnung. Und wenn ich zum Greißler ums Eck gehen kann und wieder zurück, das reicht für mich, mehr brauch ich nicht‘. So weit gehe ich mit. Und darauf müssen wir uns committen. Nämlich auf sein Ziel, nicht auf meins“* (AN_5).

Als Hürden für Patientinnen bzw. Patienten wurde angemerkt, dass der Nutzen des DMPs sehr abstrakt ist. Weiters könnten viele Patientinnen bzw. Patienten davor zurückscheuen, sich in ein DMP einschreiben zu lassen, da sie befürchten könnten, kontrolliert zu werden. Hiermit verbunden ist auch eine Sorge bezüglich des Datenschutzes. Patientinnen bzw. Patienten könnten glauben, dass die Daten von Ärztinnen bzw. Ärzten beispielsweise an die Sozialversicherung weitergegeben und gegen sie verwendet werden.

Selbstmanagement: Befragte sahen DMPs als Möglichkeit an, um Patientinnen bzw. Patienten dazu zu motivieren, mehr Selbstmanagement zu betreiben und somit deren Selbstreflexion und Beschäftigung mit der Krankheit zu steigern. Sie sahen dies jedoch als Tool an, das individuell auf Patientinnen bzw. Patienten abgestimmt werden muss. Ein Problem, das besonders in Bezug auf Patientinnen bzw. Patienten mit CHI des Öfteren erwähnt wurde, ist der kognitive Abbau im hohen Alter und die Multimorbidität, die zu verringerten Möglichkeiten führen, die Krankheit im Selbstmanagement zu behandeln. Zudem wurden die technischen Fähigkeiten als mögliche Hürden angeführt. Eine Pflegekraft erzählte jedoch von ihren positiven Erfahrungen diesbezüglich. Demnach gäbe es nur wenige ältere Patientinnen bzw. Patienten, die die technische Umsetzung nicht erlernen würden. Ein Hausarzt beschrieb ebenfalls positive Erfahrungen mit älteren Patientinnen bzw. Patienten

und digitaler Technik. Er meinte, dass Online-Rezepte auch von diesen gut angenommen wurden. Es wurde jedoch auch angemerkt, dass Angehörige der älteren Patientinnen bzw. Patienten oder Pflegepersonal ihnen beim Umgang mit digitaler Technik zur Hilfe stehen.

Generell wurde das Selbstmanagement der Patientinnen bzw. Patienten vom Gesundheitspersonal nicht als Ersatz der ärztlichen Kontrolle gesehen, da keine Beratung oder Zielsetzung stattfinden kann. Die Mehrheit der Ärztinnen bzw. Ärzte befürwortete eigenes Vorgehen der Patientinnen bzw. Patienten, betont wurde jedoch, dass die Dokumentation von Daten durch Patientinnen bzw. Patienten nur eine sinnvolle Entlastung sei, wenn diese Daten auch verarbeitet werden können. So wurde die Rolle der Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufe im Rahmen des DMPs thematisiert, um die Daten zu überprüfen, zu verarbeiten und bei Notwendigkeit Ärztinnen bzw. Ärzte hinzuzuziehen. Eine Hausärztin sah die Entwicklung jedoch kritisch: *„Ich brauche eine eigene Assistentin nur für diese E-Mail-Geschichten, weil das so viel wird. Wir haben so viel Kanäle. Also die Ordination selber Telefon, Fax, E-Mail, SMS und das wird echt schon ganz kompliziert für uns“* (MM_6).

Rekrutierung von Patientinnen bzw. Patienten: Die Mehrheit der Befragten erzählte, dass sie keine definierten Kommunikationstechniken bei der Rekrutierung von Patientinnen bzw. Patienten für DMPs verwenden. Sie bauten bisher auf das Bauchgefühl im persönlichen Gespräch mit Patientinnen bzw. Patienten. Hierbei beschrieben mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte einzelne Schritte, die sie im persönlichen Gespräch durchgehen:

1. Persönliche Ansprache der Patientinnen bzw. Patienten, dass ein DMP eine Option wäre.
2. Genaues Zuhören, um den Wissensstand, die kognitiven Fähigkeiten und die Motivation der Patientinnen bzw. Patienten herauszufinden.
3. Der Patientin bzw. dem Patienten die eigene Krankheit klar und deutlich erklären sowie die Dringlichkeit einer Verhaltensadaption klarstellen. Hierzu muss leichte und niederschwellige Sprache verwendet werden, wobei die Befragten oft mit Beispielen arbeiten. Sollte die Patientin bzw. der Patient eingeschränkte kognitive Fähigkeiten haben, sollte bereits in diesem Schritt eine Bezugsperson zur Unterstützung miteinbezogen werden.
4. Hoffnung machen, dass ein autonomes und leistungsfähiges Leben durch eine Verhaltensanpassung möglich ist.
5. Gemeinsame Zielsetzung realistischer Schritte, wobei auf die Zielsetzungen der Patientin bzw. des Patienten eingegangen werden muss, um diese nicht zu überfordern.
6. Den Ablauf, Zeitaufwand und Fahrplan des DMPs genau erklären und Verbindlichkeit schaffen.

Zwei Befragte aus Primärversorgungszentren beschrieben, dass sie nach einer strukturierten Vorgangsweise arbeiten würden, die in einem Computerprogramm hinterlegt sei. Hierzu sei ein Fragenkatalog zu bearbeiten, der verschiedene Antwortpfade beinhaltet (Diagnose erstellt: ja/nein; Patientin bzw. Patient ist informiert: ja/nein; Patientin bzw. Patient ist entscheidungsfähig: ja/nein). Danach folgt ein offenes Patientinnen- bzw. Patientengespräch. Auch wurde erwähnt, dass es bei mehreren Ansprechpersonen der Patientinnen bzw. Patienten (z.B. Hausärztin bzw. Hausarzt und Pflegekraft) einen einheitlichen Antwortkatalog geben sollte, damit bei Nachfragen dieselbe Information wiederholt werden

könne. Generell wurde die Verwendung einfacher Sprache und der Einsatz von Wiederholung der wichtigsten Informationen als Kommunikationstechnik vom Gesundheitspersonal betont. Zwei Befragte beschrieben, dass sie dafür spezielle Ausbildungen im medizinischen Kommunikationsbereich absolviert haben (Psy 1 & 2; Diplom für Palliativmedizin).

Eine Möglichkeit, die erwähnt wurde, um die Rekrutierung von Patientinnen bzw. Patienten für DMPs zu standardisieren, ist der Einsatz von Diagnosetools. Bezüglich der Verwendung von solchen Tools gingen die Meinungen des Gesundheitspersonals jedoch stark auseinander. Die meisten kannten das Tool der ÖGK zum Thema Chronische Herzinsuffizienz nicht. Zwei Befragte kannten das Tool, empfanden es allerdings als sehr kompliziert. Ein Arzt wünschte sich eine begleitende Schulung, wenn ein Diagnosetool in das DMP CHI implementiert werden würde. Die Hälfte der Ärztinnen bzw. Ärzte sprach sich für Diagnosetools aus, wobei die Einbindung in eine Software, wie bei „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, ein klarer Wunsch war.

Die Frage nach einem Diagnosetool überschneidet sich mit der Frage nach einer klaren Definition der Zielgruppe von DMPs. So sahen einige Befragte die Zielgruppe von DMPs als sehr breit an und würden bereits Vorsorgeuntersuchungen einbinden sowie Patientinnen bzw. Patienten präventiv auf Vorstufen der Erkrankung aufnehmen. Andere Befragte sahen wiederum erst Patientinnen bzw. Patienten, die bereits von einer Fachärztin bzw. von einem Facharzt diagnostiziert sind, als Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer an. Ein Hausarzt sah die Verantwortlichkeit der Diagnosestellung von CHI bei sich, wobei er sich hierzu ein Tool wünscht. Zwei Kardiologen sahen keine Notwendigkeit für ein Diagnosetool, da – ihrer Meinung nach – nur bereits diagnostizierte und hospitalisierte Patientinnen bzw. Patienten als Zielgruppe gelten: *„Ich sehe im Rahmen des DMP Herzinsuffizienz das nicht im Sinne einer Prävention für die Herzinsuffizienz, sondern die Betreuung und den Schutz von Patientinnen mit schwer fortgeschrittenem Stadium von einer HI, um eine Wiederaufnahme im Spital zu verhindern“* (AN_1). Andere Ärztinnen bzw. Ärzte sahen die Entscheidung in jedem Fall als individuell von der Ärztin bzw. dem Arzt zu treffen an und würden kein standardisiertes Tool zur Rekrutierung von Patientinnen bzw. Patienten für DMPs verwenden. Sie merkten an, dass sie sowohl den Zustand der Patientinnen bzw. Patienten als auch deren aktuelle Betreuungs- und Therapiesituation miteinbeziehen wollen, um die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an einem DMP zu treffen.

Gesundheitspersonal

Informationsbedarf: Die Befragten nannten ein breites Feld an Informationen, das für sie wichtig ist, um sich für eine Teilnahme an einem DMP zu entscheiden. Zusammenfassend scheinen Informationen in Bezug auf das übergeordnete Ziel des DMPs (z.B. Kostensenkung vs. Behandlungsqualität) und auf operative Fragestellungen wie der Refundierung als wichtig. Auch welche Bedingungen für einen Einstieg im DMP erforderlich sind (z.B. technische Voraussetzungen, Software) und welche Leitlinien und Anleitungen vom DMP an sie gestellt werden, wurden als wichtige Informationen eingebracht. Auch ist für viele Ärztinnen bzw. Ärzte wichtig, dass es eine fundierte Schulung zu Beginn des DMPs für alle beteiligten Berufsgruppen gibt. Es müssen klare Ansprechpersonen definiert werden und es muss klar gestellt sein, wie und über wen die Kommunikation mit den beteiligten Berufsgruppen und den Patientinnen bzw. Patienten strukturiert wird. Auch muss im Vorhinein festgelegt sein, welche Patientinnen- bzw. Patienten-Zielgruppe angesprochen werden soll, da einige Hausärztinnen bzw. Hausärzte sagten, sie hätten nicht genug Patientinnen bzw. Patienten

mit einem spezifischen Krankheitsbild in ihrer Ordination. Eine Ärztin drückte dies folgendermaßen aus: *„Also es kommt drauf an, welche Zielgruppe man generell in der Ordination hat. Weil wir grundsätzlich schon junge Patienten haben, um die 30 Jahre. Das heißt, wie viele Patienten haben wir tatsächlich mit Herzinsuffizienz? Und wenn ich dann vier Patienten habe, fünf Patienten habe, dann ist das glaube ich nicht wirklich für unsere Ordination geeignet“* (MM_8). Außerdem muss, dem medizinischen Personal zufolge, bei der Kommunikation mit Patientinnen bzw. Patienten klar sein, welches Material über welchen Kanal an diese herangetragen wird (z.B. Mappe, Blutdruckpass, Infomaterial, elektronische Kommunikation). Des Weiteren muss der Zeitaufwand sowohl für Patientinnen bzw. Patienten (z.B. die Häufigkeit von verpflichtenden Checks) als auch für Bürokratie beziffert werden. Die Kommunikation sollte zusätzlich beinhalten, wie der bürokratische Aufwand zu bewerkstelligen ist (z.B. Fax, E-Mail).

Außerdem muss für das Gesundheitspersonal klar sein, welche Therapieziele erreicht und überprüft werden und eventuell als Benchmark zur Qualitätskontrolle herangezogen werden. Diese sollten definiert und messbar sein. Schlussendlich sollten auch Möglichkeiten aufgezeigt werden, aus dem DMP wieder auszutreten. Speziell für die Pflege ist es von Bedeutung, dass ihre Aufgabenbereiche und Kompetenzen sowie der verbundene Aufwand und die damit verbundene Refundierung klar kommuniziert wird. Laut dem Pflegepersonal muss im Vorhinein definiert werden, ob eine freie Zeiteinteilung möglich ist und mit welchen anderen Berufsgruppen im DMP zusammengearbeitet wird. Im Laufe der Interviews wurde mehrmals erwähnt, dass diese Information im Rahmen von „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ sehr gut kommuniziert wurde.

Ressourcen: Unter den Befragten aller medizinischen Berufsgruppen herrschte hohe Einigkeit, was die benötigten Ressourcen für eine erfolgreiche Durchführung eines DMPs betrifft. Für die meisten Befragten steht die Ressource Zeit im Zentrum. Hier ist einerseits die ärztliche Zeit zu nennen, die, vor allem in Hinblick auf den drohenden Ärzten- bzw. Ärztemangel im niedergelassenen Bereich, eine knappe Ressource darstellt. So sagte ein Hausarzt: *„Wir haben in der Allgemeinmedizin chronisch zu wenig Nachwuchs. Die Komplexität der Fälle, mit der wir zu tun haben, hat sehr stark zugenommen, weil die Bevölkerung älter geworden ist, weil die Medizin besser geworden ist. Der Zeitbedarf bei den Patienten geht rauf und dann kommt ein Disease-Management-Programm. Absolut sinnvoll, gar keine Frage. Aber dann muss ich schon wieder drei Minuten das eingeben pro Patient. Ich würde gerne alles gerne sorgfältig machen und kann es nicht so sorgfältig meinen wie ich es gerne möchte“* (MM_9). Besonders der Zeitaufwand wird in diesem Zusammenhang kritisiert, der für bürokratische Tätigkeiten anfällt. Aus Perspektive der Ärztinnen bzw. Ärzte, ist der Faktor Zeit auch im Sinne von Personalressourcen zu verstehen. Eine Ärztin meinte, dass *„[es funktioniert], wenn man Personal hat, das in der Lage ist, die Administration und den Ablauf und die Strukturierung im Auge zu behalten und einem die reine Medizin bleibt“* (AN_6). So setzen viele niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte und Krankenhäuser Pflegepersonal in der Organisation von DMPs bei der Schulung von Patientinnen bzw. Patienten und der Dokumentationsarbeit ein. Diese eingesetzte Zeit muss laut Gesundheitspersonal als Arbeitszeit hochgerechnet und vergütet werden. Außerdem meinten Ärztinnen bzw. Ärzte, dass die eingesetzten Arbeitskräfte entsprechend Expertise aufbauen und geschult werden sollten. Diese Weiterbildungen sollten von der Institution angeboten werden, die das DMP durchführt.

Aus den Interviews wird ersichtlich, dass die finanziellen Ressourcen, die entweder für Ärztinnen bzw. Ärzte selbst oder für den Personaleinsatz bereitgestellt werden müssen, für

das Gesundheitspersonal eine Hürde zur Teilnahme an DMPs darstellen. Einige Ärztinnen bzw. Ärzte erwähnten zusätzlich die Notwendigkeit entsprechender Räumlichkeiten für die Durchführung eines DMPs. Bezüglich technischer Ressourcen wurde das Thema der Softwareoptimierung mehrmals angesprochen. So wünschten sich Ärztinnen bzw. Ärzte entsprechende technische Lösungen, durch die beispielsweise Remindersysteme für Patientinnen bzw. Patienten automatisiert oder zumindest vereinfacht werden können. Auch Diagnosereminder, wie sie bei „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ implementiert wurden, um Ärztinnen bzw. Ärzte an die Rekrutierung passender Patientinnen bzw. Patienten zu erinnern, wurden in diesem Zusammenhang als positive Beispiele hervorgehoben. Eine Ärztin kritisierte in Bezug auf die technische Ausstattung die fehlende Infrastruktur in ländlichen Gebieten, die es aufgrund von fehlender Netz-Anschlussmöglichkeiten unmöglich macht, an DMPs, die internet- oder telefonbasiert sind, teilzunehmen. Sonstige technische Geräte, die im Rahmen eines DMP gebraucht werden, wurden von den Befragten als „*Basisausrüstung*“ beschrieben und stellen folglich keine Hürde dar. Es wurde betont, dass all diese Hürden mit einer entsprechenden finanziellen Ausstattung zu lösen seien.

Finanzielle Anreize: Anfänglich kann bemerkt werden, dass mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte betonten, an DMPs nicht aus finanziellem Interesse teilzunehmen, sondern um die Versorgungsqualität der Patientinnen bzw. Patienten zu verbessern. Das Thema der finanziellen Vergütung ist aber natürlich, eng in Zusammenhang mit der Planung von Ressourceneinsatz für das DMP, vor allem für die niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte sehr wichtig. So wird durch die Teilnahme am DMP ein Mehraufwand erwartet, beispielsweise im Bereich der Rekrutierung der Patientinnen bzw. Patienten, der Zeit, die mit Patientinnen bzw. Patienten verbracht wird und der Dokumentation des Krankheitsverlaufes. Ärztinnen bzw. Ärzte berichteten, dass sich dieser Mehraufwand in erhöhten Personalkosten niederschlägt, die durch eine attraktive bzw. von den Ärztinnen bzw. Ärzten als ‚gerecht‘ empfundene Honorierung gedeckt werden müsste. Ein Arzt befürwortete beispielsweise Modelle aus Deutschland, in denen Zuzahlungen für qualifiziertes Personal zweckgebunden an niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte erfolgten. Konkret wurde „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ von mehreren niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten als akzeptables Modell genannt. Ein Kardiologe schlug vor, im niedergelassenen Bereich mit Strafen zu arbeiten und bei Nicht-Erreichung von DMP-Zielen Teile des Honorars abzuziehen. So äußerte sich beispielsweise ein Arzt bezüglich dieses Themas: *„Ich sitz in der Herzinsuffizienz Ambulanz, das ist mein Job und also da brauche ich nichts“* (AN_10). Ein anderer Kardiologe wünschte sich eine klare Zurechnung von Zeitressourcen auch im Krankenhaus. Zwei der interviewten Pflegenden setzten sich für die Honorierung der Pflege ein. Sie schlugen vor, eine Abrechnung der Leistungen im Rahmen des DMPs über einen Katalog vorzunehmen, wie es bereits in der Allgemeinmedizin üblich ist.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Wie aus der Literatur umfangreich erhoben, stellt die Zusammenarbeit aller medizinischen Berufsgruppen den Schlüssel für den erfolgreichen Ablauf von strukturierten Behandlungsprogrammen dar. Dies konnte auch in den Interviews unterstrichen werden.

Besonders Ärztinnen bzw. Ärzte, die in den Primärversorgungszentren tätig sind, wiesen auf die Bedeutung von Pflegepersonal hin, an das Aufgaben delegiert werden können. Aufgaben sollen nach Kompetenzbereichen zugeordnet werden, sodass ärztliche Zeit ‚nur‘ für ärztliche Tätigkeiten eingesetzt wird. Hier schlugen Ärztinnen bzw. Ärzte sowohl spezifische Tätigkeiten, wie das Messen von Gewicht, Größe, Blutdruck oder Fußpuls, vor, als auch bei

der Betreuung von Patientinnen bzw. Patienten mit Herzpumpen, in denen die Pflege Expertise aufbauen kann. Ein befragter Arzt mit Einzelpraxis äußerte sich skeptisch, als es darum ging, ob er sich vorstellen könnte, Aufgaben im Rahmen eines DMPs zu delegieren. Er berichtete, dass er alle Patientinnen- bzw. Patientenkontakte selbst abwickeln will. Auch andere Befragte vermuteten, dass die Abgabe von Aufgaben bei Kolleginnen bzw. Kollegen der Berufsgruppe prinzipiell auf Skepsis stoßen würde.

Aus Sicht des Pflegepersonals sind DMPs sehr zu begrüßen. Besonders befürworteten sie die Möglichkeit der eigenen Weiterbildung und des Aufbaus von Expertise. Weiters wurde angemerkt, dass die zusätzliche Zeit, die der Pflegekraft zur Verfügung steht, um Patientinnen bzw. Patienten zu schulen, von Bedeutung sei. Dadurch könne laut zwei der befragten Pflegekräften eine besondere Vertrauensbasis zu Patientinnen bzw. Patienten aufgebaut werden, die einen tieferen Einblick in deren Motivationen und private Verhaltensweisen gibt. Eine Pflegekraft beschrieb dies folgendermaßen: *„Oft sagen sie uns Sachen, die sie gar nicht den Ärzten sagen wollen, weil der einfach eine Hürde manchmal liegt. Ja, das ist der Arzt. Und bei uns ist es dann, weil man da einfach auch offener redet, weil man dann länger zusammensitzt“* (MM_4). Eine andere Pflegeperson betonte jedoch, dass diese Einblicke nur dann ihr volles Potential entfalten könnten, wenn es auch den Raum zum Austausch mit den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten gibt.

Doch die Einbindung von Pflegepersonal wurde auch kritisiert. Standesvertreterinnen bzw. Standesvertreter meinten, dass die Pflege immer weiter die Rolle von ‚Case-Managern‘ einnehmen würde, also auch organisatorische und kommunikative Tätigkeiten übernehmen müsse. Hiervon hätten diese jedoch weder einen finanziellen Vorteil, noch eine substantielle Ausweitung des eigenen Kompetenzbereichs. Das Pflegepersonal sowie Ärztinnen bzw. Ärzte forderten somit eine klare Abgrenzung und Aufwertung der Aufgaben, die die Pflege in strukturierten Behandlungsprogrammen durchführen darf sowie einen finanziellen und einen Weiterbildungsanreiz für das Pflegepersonal. Eine Ärztin plädierte auch für klare Verantwortlichkeiten zwischen Tätigkeiten der Ärztinnen bzw. Ärzte und des Pflegepersonals im Rahmen eines DMPs, um eine Überforderung des Pflegepersonals zu vermeiden. Sie meinte diesbezüglich: *„Alles, was Diagnostik ist, muss beim Arzt bleiben“* (AN_6).

Die Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Berufsgruppen, wie Diätologinnen bzw. Diätologen, Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten, Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern, Psychologinnen bzw. Psychologen und Pharmazeutinnen bzw. Pharmazeuten wird als begrüßenswert und unproblematisch beschrieben. Als problematisch zeigt sich jedoch die Unklarheit in den Verantwortlichkeiten zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Kardiologinnen bzw. Kardiologen im Rahmen von DMPs. So sahen alle Hausärztinnen bzw. Hausärzte und zwei der Kardiologinnen bzw. Kardiologen, die Durchführung von DMPs in der Hand der Primärversorgung. Die restlichen Kardiologinnen bzw. Kardiologen sahen ausschließlich die Auswahl der Patientinnen bzw. Patienten für DMPs in ihrem Kompetenzbereich. Ein Arzt beschrieb, dass er den fachlichen Lead klar bei HI-Ambulanzen sieht und kritisierte, dass im niedergelassenen Bereich fachliche Schulungen für DMPs nicht umgesetzt werden, wodurch die Einführung von strukturierten Programmen erschwert ist. Eine Hausärztin beschrieb, dass Internistinnen bzw. Internisten die medikamentöse Einstellung oftmals bei sich sehen würden, jedoch Hausärztinnen bzw. Hausärzte die aufwendige Kommunikation mit Patientinnen bzw. Patienten und Pflege leisten würden. Ein Arzt berichtete hierzu den Unterschied zwischen Städten und ländlichen Gebieten: *„Im städtischen Bereich kümmern sich zu 90 Prozent die Internisten um diese Patienten und sehr wenige Hausärzte. Das Ganze kehrt sich dann quasi reziprok um, wenn sie aufs Land gehen. Da gibt's nämlich*

nur einen Internisten“ (AN_10). Eine Ärztin betonte, dass ein DMP die Vernetzung zwischen den Gruppen verbessern sollte, besonders bei Patientinnen bzw. Patienten in hohem Alter. Sie meinte: „Vernetzung muss ich selber schaffen mit Internisten. Am Ende des Lebens sind wir die einzigen Ansprechpartner eigentlich und haben keine Stützung. Wenn einer nicht mehr zum Arzt gehen kann oder nicht mehr will, weil er sagt interessiert nimmer ist er eigentlich nur mehr durch Hausärzte betreut oder Hauskrankenpflege“ (MM_6). Dementsprechend zeigte sich im Bereich der Verantwortlichkeiten im Rahmen eines DMPs Konfliktpotential zwischen Kardiologinnen bzw. Kardiologen und niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten.

Neben der persönlichen Vernetzung gab das Gesundheitspersonal an, dass auch die digitale Vernetzung unter Ärztinnen bzw. Ärzten von Patientinnen- bzw. Patientendaten ein problematisches Thema sei. So wurde beschrieben, dass die meisten Patientinnen bzw. Patienten mehrere chronische Erkrankungen hätten, diese dann jedoch nicht vernetzt betrachtet werden könnten. Auch die Schnittstelle zwischen Internistinnen bzw. Internisten und niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten kann eine Fehlerquelle sein, wenn neu verschriebene Medikamente und Diagnosen nicht zwischen den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten elektronisch ausgetauscht werden können. Ein Kardiologe sagte: *„Es sollte nicht sein, dass das ich andere Unterlagen habe, die ich selbst erhoben habe als jetzt z.B. der Hausarzt. Also der Hausarzt sollte die Möglichkeit haben in meine Unterlagen reinzuschauen und umgekehrt auch“ (AN_8).*

Schulung von Ärztinnen bzw. Ärzten: Die Weiterbildung von Ärztinnen bzw. Ärzten in Bezug auf die Behandlungsabläufe spezifischer Erkrankungen wurde von einem Großteil der Befragten als notwendig erachtet und prinzipiell begrüßt. Schulungen wurden jedoch gleichzeitig als mögliche Barriere zur Teilnahme identifiziert, da Schulungen einen zusätzlichen Zeitaufwand für das Gesundheitspersonal bedeuten. Ein Arzt schlug vor: *„Es gibt einen erhöhten Schulungsbedarf und ich bin dafür, dass das die ÖGK übernimmt, dass die eben ein nettes Meeting macht, wo man sich trifft. Man darf ja nicht vergessen, da geht's auf der einen Seite darum, dass man Inhalte rüberbringt und auf der anderen Seite ist es so ein Social Event. [...] Dieses Miteinander zelebrieren und kultivieren. Und aus diesen miteinander gibt's ein positives Grundgefühl“ (MM_9).* Des Weiteren wurde in den Interviews die Idee entwickelt, DMP-Schulungen, vergleichbar mit Qualitätszirkeln einzuführen, bei denen Ärztinnen bzw. Ärzte für die Teilnahme entlohnt werden bzw. Fortbildungspunkte erhalten. Auch meinte ein Arzt, dass Schulungs-Zertifikate für Ärztinnen bzw. Ärzte als Werbung genutzt werden könnten. Dies könnte für diese motivierend sein, an diesen Schulungen teilzunehmen. Auch stand die Mehrheit der Befragten Schulungen und Weiterbildungen für Kommunikationstechniken sehr positiv gegenüber. Es wurde erwähnt, dass hier Aufholbedarf bei älteren Ärztinnen bzw. Ärzten herrsche, da Kommunikationstechnik heutzutage im Medizinstudium stärker unterrichtet wird, als dies früher der Fall war. Eine Ärztin meinte beispielsweise: *„Wir haben das ein bisschen gehabt, aber sicher nicht so professionell wie jetzt, weil die teilweise ja auch mit Schauspielern arbeiten, die irgendwelche Fälle im Prinzip vorspielen. Das ist das wäre sicher spannend, mal was zu machen und da lernt man sicher viel dazu“ (MM_8).* Jedoch gab es diesbezüglich auch Kritik. Drei Ärztinnen bzw. Ärzte waren davon überzeugt, dass erfahrene Ärztinnen bzw. Ärzte dies nicht benötigen. Eine Ärztin schätzte Kommunikationstrainings sogar als nachteilig ein, da sie meinte, dass klassische Kommunikationsregeln auf das medizinische Gespräch nicht anwendbar seien und gelernte Kommunikationstechniken das Gespräch stören würden. Dazu meinte sie: *„Das ist ja eine höchst asymmetrische Kommunikation, die Arzt-Patienten Kommunikation. Ja, hoch hierarchisch. Der muss mich nicht wahrnehmen“ (AN_6).*

Kommunikation und Marketing von DMPs

Die Befragten sahen Vor- und Nachteile in den unterschiedlichen Möglichkeiten, wie ein DMP beworben werden kann.

Direktansprache durch Ärztinnen bzw. Ärzte: Dieser Kontaktweg wurde von den Befragten als der effizienteste angesehen. Das Gesundheitspersonal berichtete von Ärztinnen bzw. Ärzten als Gatekeeper, die durch die direkte Ansprache von geeigneten Patientinnen bzw. Patienten das DMP am besten bewerben können. So meinte ein Arzt: *„Dass die Mediziner die intrinsische Motivation haben zuzuweisen ans DMP und da muss man Awareness schaffen“* (AN_3). Dies kann sowohl in der Hausarztpraxis passieren, als auch direkt stationär, nach einem entsprechenden Spitals- oder Reha-Aufenthalt. An dieser Stelle wurde kritisiert, dass es kein bundesweites DMP gibt, das einheitlich in ganz Österreich beworben wird. Wie bereits erwähnt, führen die unterschiedlichen Bezeichnungen von DMPs zu Verwirrung bei Gesundheitspersonal. So kann es laut Gesundheitspersonal passieren, dass Patientinnen bzw. Patienten in Bundesländern im Spital oder auf Reha sind, die dort zusätzlich ein DMP durchführen, das es jedoch an ihrem Heimatort bei den Ärztinnen bzw. Ärzten nicht gibt. Um die Awareness von Ärztinnen bzw. Ärzten zu schüren, wurde u.a. empfohlen, sich an Medien zu wenden, die Ärztinnen bzw. Ärzte mit ihrer Berichterstattung direkt ansprechen. Zusätzlich werden Informationsveranstaltungen und Vernetzungstreffen im Rahmen eines DMPs als Möglichkeit gesehen, um Ärztinnen bzw. Ärzte zu motivieren an diesem teilzunehmen.

Mundpropaganda der Patientinnen bzw. Patienten: Der zweite Weg, den Ärztinnen bzw. Ärzte passend für die Kommunikation von DMPs sehen, ist über die Mundpropaganda von Betroffenen. So berichtete eine Ärztin: *„Was jemand gemacht hat und dem hat es gut gefallen erfährt man davon. Und dann schaut man, dass man dort irgendwie mit hineingenommen wird“* (AN_5). In Zusammenhang dazu wurde auch die wichtige Rolle in der Kommunikation von DMPs von Dachverbänden, wie dem Herzverband oder dem Pensionistenverein erwähnt. Gesundheitspersonal meinte, dass Informationsveranstaltungen, die im Rahmen dieser Dachverbände und Organisationen organisiert werden, ein guter Weg sind, um Betroffene zu erreichen. Jedoch wurde auch ein generelles Problem in der breiten Ansprache von Patientinnen bzw. Patienten identifiziert. Gesundheitspersonal meinte, dass die Unklarheit der CHI-Diagnose, die bei vielen Menschen vorherrscht, für solche Kommunikationskampagnen ein Problem darstellen könnte. So berichteten Ärztinnen bzw. Ärzte, dass sich viele Österreicherinnen bzw. Österreicher unter dem Begriff der „Chronischen Herzinsuffizienz“ nichts vorstellen können. Die Differenzierung zu anderen Herzerkrankungen bzw. dem Begriff ‚Herzschwäche‘, der von Ärztinnen bzw. Ärzten oft verwendet wird, fällt ihnen sehr schwer. In Folge erscheinen bei Informationsveranstaltungen und Schulungen zu CHI oft Patientinnen bzw. Patienten, die nicht von CHI betroffen sind und somit auch nicht zur Zielgruppe eines entsprechenden DMPs gehören würden. Dementsprechend bedürfte es wohl in einem ersten Schritt einer allgemeinen Kampagne die zur Etablierung der Diagnose CHI beiträgt, wie dies beispielsweise bei Diabetes oder COPD erfolgreich durchgeführt wurde. In Folge könnten Patientinnen bzw. Patienten, die sich selbst korrekt als CHI-Patientinnen bzw. -Patienten identifizieren, für Informationsveranstaltungen gewonnen werden.

Postalische Direktsendungen: Eine Idee, die von mehreren Ärztinnen bzw. Ärzten eingebracht wurde, ist die postalische Direktsendung der Organisatorinnen bzw. Organisatoren

des DMPs. Betont wurde, dass diese durch die Medikationsdaten, Patientinnen bzw. Patienten identifizieren und direkt kontaktieren könnten. Skeptisch wurde dies jedoch von anderen Ärztinnen bzw. Ärzten gesehen, da es datenschutzrechtliche Probleme nach sich ziehen könnte, wenn Patientinnen bzw. Patienten der Sendung nicht vorher zustimmen würden. Auch könnten sich diese durch die Organisatorinnen bzw. Organisatoren kontrolliert fühlen. Einige Ärztinnen bzw. Ärzte bezweifelten die Effizienz von postalischen Zusendungen generell. Die Telefondirektansprache von Patientinnen bzw. Patienten durch Gesundheitspersonal wurde tendenziell abgelehnt, da sie als Eingriff in die Privatsphäre empfunden wird.

Flyer, Broschüren und Plakate: Die Mehrheit der Befragten befürwortete die Verwendung von Print-Informationsmaterial. Hierbei wurde betont, dass Flyer und Broschüren, die Patientinnen bzw. Patienten von Ärztinnen bzw. Ärzten übergeben werden, deutlich effizienter seien, als Material, das in Wartezimmern oder Apotheken aufliegt. Ein Arzt drückte dies mit folgenden Worten aus: „*Wir kriegen halt alle 20 Zettel ins Haus. Immer wenn der Zettel durch einen Arzt überreicht, wird dieser gleich viel mehr wert. Das ist als ob er goldig eingerahmt wäre*“ (MM_9). Trotzdem wurde generell die Effizienz von Printmaterialien als gut eingeschätzt, da sich Patientinnen bzw. Patienten Informationen durchlesen und auf ein Gespräch mit Ärztinnen bzw. Ärzten besser vorbereitet sein können. Betont wurde, dass Flyer und Broschüren in einer niederschweligen, leichten Sprache verfasst sein müssen und gut illustriert sein sollten. Drei Befragte sprachen sich gegen Flyer und Broschüren aus, da sie deren Effizienz bezweifelten. Plakate wurden in Bezug auf CHI eher skeptisch betrachtet, da es bereits viele Kampagnen gibt, die breiter aufgestellt sind (z.B. die momentane Impfkampagne) und befürchtet wird, dass Plakate in der Vielzahl von anderem Informationsmaterial untergehen würden.

Servicesendungen in Massenmedien: Ein Vorschlag, der in den Interviews genannt wurde, war, spezifische Zielgruppenmedien (z.B. ORF2 Bundesland-Nachrichtensendungen) zur zielgerichteten Kommunikation von DMPs an Betroffene einzusetzen. Diese Servicesendungen haben Medizinjournalistinnen bzw. -journalisten, die ihr Zielpublikum direkt ansprechen und das Thema professionell aufarbeiten können.

Social-Media und Homepage: Hierzu zeigte sich bei den Befragten eine nahezu einheitliche Meinung, dass Kommunikation zu DMPs auf Social-Media sehr positiv für zukünftige Generationen von Betroffenen sein könnte. Als weitere Orte für die Kommunikation von DMPs im Internet wurde neben Social-Media, u.a. die Homepage der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, die auf ihrer Website Videos in mehreren Sprachen anbietet, die allgemeine Fragen zur CHI erklären, erwähnt. Es wurde jedoch auch festgestellt, dass Ärztinnen bzw. Ärzte nicht erwarten, dass sich CHI-Patientinnen bzw. -Patienten generell häufig Informationen über das Internet einholen. Auch wurde kritisiert, dass natürlich im Internet sehr viele Fehlinformationen verbreitet werden, die wiederum bei Patientinnen bzw. Patienten, die diesen Kanal stark nutzen, richtiggestellt werden müssten.

Massenmedien: Ein Teil der Befragten stand einer massenmedialen Kampagne positiv gegenüber, um Awareness zum Thema CHI zu schaffen und Patientinnen bzw. Patienten zu informieren. Einige Befragte betrachteten dies jedoch äußerst kritisch. Erstens kann es mit einer breit angelegten Werbekampagne zu enormen Streuverlusten kommen. Zweitens, da die Diagnose der CHI in der Bevölkerung noch eher unklar ist, befürchteten einige Ärztinnen bzw. Ärzte als Reaktion auf eine massenmediale Kampagne, dass viele Patientinnen bzw.

Patienten in das DMP eintreten möchten, die nicht zur Zielgruppe gehören. Drittens nehmen nur bestimmte Ärztinnen bzw. Ärzte an DMPs teil. Da bezweifelt wird, dass Patientinnen bzw. Patienten Hausärztinnen bzw. Hausärzte wechseln, nur um an einem DMP teilzunehmen, ist auch dies ein Problem bei der breiten Bewerbung von DMPs über Massenmedien. So könnten Patientinnen bzw. Patienten, die sich korrekt als CHI-Patientinnen bzw. -Patienten identifizieren, eventuell nicht in ein passendes DMP aufgenommen werden. Insgesamt müsste das DMP, um eine effiziente massenmediale Bewerbung zu gestalten, größer und umfangreicher aufgezogen werden.

Kommunikations-Tools für DMPs

Materialien: Im Rahmen der Interviews wurde ebenfalls erhoben, welche Kommunikationsmaterialien das Gesundheitspersonal für sinnvoll erachtet und sich im Zuge von DMPs wünschen würde. Wie bereits erwähnt, war es für das Gesundheitspersonal wichtig, dass die verwendeten Materialien in einer leichten Sprache verfasst sind. Auch wünschten sich Ärztinnen bzw. Ärzte, dass es einheitliche Materialien gäbe, die auch bundesländerübergreifend in Ambulanzen und bei Hausärztinnen bzw. Hausärzten verwendet würden. Ein Arzt betonte, dass es wichtig wäre, sich auf wenige, klar formulierte spezifische Botschaften zu einigen, die in allen Materialien wiederholt werden, um Patientinnen bzw. Patienten repetitiv an diese Botschaften zu erinnern. Generell standen die Ärztinnen bzw. Ärzte Kommunikationsmaterialien im Rahmen von DMPs positiv gegenüber, so wurden Aufklärungsbooklets und -videos erwähnt, die Patientinnen bzw. Patienten überreicht bzw. gezeigt werden können, um die Aufklärung zu erleichtern und zeitliche Ressourcen von Ärztinnen bzw. Ärzten zu sparen. Auch Material, das Patientinnen bzw. Patienten mitnehmen können, wurde begrüßt.

Die Meinungen gingen auseinander, ob elektronisches oder Printmaterial vorteilhaft ist. So befürworteten alle Ärztinnen bzw. Ärzte Tagebücher, in denen Patientinnen bzw. Patienten Messwerte notieren, sind sich aber uneinig, ob Patientinnen bzw. Patienten es schaffen, diese elektronisch zu führen. Schulungen wurden als wichtig erachtet, auch hierzu wurde Informationsmaterial begrüßt. Befragte erwähnten, dass sie mit Materialien wie Schautafeln oder Rezeptsammlungen, die gesunde Ernährung beispielhaft erläutern, arbeiten.

Telemedizin: Vom Großteil der Befragten wurde Telemedizin sehr befürwortet, jedoch als „Ding der Zukunft“ gesehen. Dies war vor allem aus zwei Gründen der Fall: Erstens, weil die Affinität mit technischen Hilfsmitteln wie Smartphones stetig steigt. So ist die jetzige Zielgruppe eines DMPs für chronische Herzinsuffizienz eher über 70 Jahre alt und somit mit Internet und Smartphones noch nicht so vertraut, wie es möglicherweise zukünftige Patientinnen bzw. Patienten sein werden. Zweitens fehlt es – besonders in ländlichen Gebieten – an technischer Infrastruktur. So befürworten Ärztinnen bzw. Ärzte die Umsetzung der Telemedizin besonders in den Flächengebieten mit schlechtem Zugang zu medizinischen Leistungen, allerdings ist genau dort auch die Infrastruktur an Telefon- und Internetzugang schlecht ausgebaut. Zwei Befragte sahen die Einführung von Telemedizin äußerst kritisch, da viele Aspekte der Ärztinnen- bzw. Ärztekonsultation wegfallen würden. So würde der Gesamteindruck des Menschen fehlen: *„Man sieht die Gesichter völlig verzerrt. Die Farben stimmen nicht. Und da sind so viele Eindrücke, auf die wir angewiesen sind. Bewegung schon allein, wie der Patient bei der Tür hereinkommt, das fehlt mir alles. Das sind die Informationen, die muss man entweder fehlen sie mir oder sie anderweitig holen“ (AN_6).*

3.2.3. Interviews mit Journalistinnen bzw. Journalisten

Die Interviews der Journalistinnen bzw. Journalisten erfassen folgende Themenbereiche: DMPs allgemein, Charakteristika von Rezipientinnen bzw. Rezipienten und journalistische Arbeit.

DMPs allgemein

Erfahrung: Zu Beginn kann festgehalten werden, dass Journalistinnen bzw. Journalisten das Wort ‚Disease-Management-Programm‘ (DMP) kein Begriff war. Mehrere kannten jedoch strukturierte Behandlungsprogramme oder „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“. Von den befragten Journalistinnen bzw. Journalisten kannte eine einzige DMPs bzw. strukturierte Behandlungsprogramme gar nicht. Sie nannte als Grund, dass sie DMPs nicht kennt, die Vielfalt an emotionaleren medizinischen Themen, mit denen sie sich beschäftigt. Sie meinte: *„Es gibt so viele Krankheitsbilder und natürlich kommt oft der Brustkrebs-Monat dazwischen, St. Anna Forschung Kinder Krebs, das sind triggernde Themen“* (MM_J2). Zwei Journalistinnen kannten „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ und berichteten, dass in ihren Medienhäusern bereits mehrmals Artikel über strukturierte Behandlungsprogramme im Rahmen von Diabetes veröffentlicht wurden. Eine Journalistin, die die Zielgruppe Ärztinnen bzw. Ärzte hat, erinnerte sich an DMPs, da sie einen Artikel zur Refundierung in diesem Bereich erstellt hat. Eine andere Journalistin erwähnte, dass öfter Nachrichtenmeldungen von Universitäten veröffentlicht wurden und hierbei „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ vorgekommen war. Eine dritte Journalistin erwähnte ein strukturiertes Programm zur multimodalen Schmerztherapie, das einem DMP ähnelt. Besonders interessant fand sie den multidisziplinären Ansatz, der – anhand der sachlichen Information zum Programm und Interviews mit Betroffenen, Ärztinnen bzw. Ärzten und Therapeutinnen bzw. Therapeuten – gestaltet wurde. Die Betroffenen waren sowohl Patientinnen bzw. Patienten, die von ihren Erfahrungen während und nach dem Programm berichteten, als auch zukünftige Teilnehmende, die von ihren Erwartungen berichteten. Auch wurde erklärt, wie am Programm teilgenommen werden kann. Interessant fand die Journalistin den direkten Rücklauf eines solchen Berichts. Sie erzählte: *„Es hat doch tatsächlich einen Anmeldeboom gegeben dort. Es wurde auch sehr gut von den Hörern und Sehern, in dem Fall selbst fürs Radio und fürs Fernsehen, angenommen und dann haben sich noch viele angemeldet“* (MM_J4). Ein weiterer Journalist hat das Thema „am Rande aufgeschnappt“. Weiters berichtete er, es im Rahmen anderer Artikel bearbeitet zu haben. Als Grund dafür, dass er es nur nebenbei bearbeitet hatte, nannte er die Komplexität des Themas, das einen hohen Zeitaufwand in der Bearbeitung und Recherche bedarf: *„Im Journalismus ist man in diesem Spannungsfeld zwischen komplexe Themen behandeln aber verständlich und einer breiten Masse zugänglich aufbereiten. Und in diesem Spannungsfeld fallen leider ganz viele Artikel und ganz viele Themen durch. Es gebe ganz, ganz, ganz viele spannende Themen, die komplex sind, die aber auch sehr viele Menschen betreffen, die aber nicht die notwendige Präsenz in den Medien haben“* (MM_J6). Er führte es dann jedoch auf Zufall zurück, dass er noch von keiner Institution, die daran forscht oder von keinem Betroffenen kontaktiert wurde, die ein Artikel zum Thema angestoßen hätten. Er meinte, dass er dem Verfassen eines Artikels zum Thema nicht abgeneigt sei. Ein weiterer Journalist hatte bereits aktiv mehrere Beiträge zur Notwendigkeit von DMPs gestaltet und Inhalte für eine Informationsplattform für Patientinnen bzw. Patienten beigetragen. Als einen Grund für die allgemein geringe Berichterstattung gab er die Schwierigkeiten in der Recherche zu DMPs an, da viele patientenbezogenen Daten nicht weiterverarbeitet werden dürfen. Er meinte: *„Da ist sehr oft ein vorge-schobener Datenschutz, ein Argument dagegen. Ich glaube, wann immer es gelingt, ganz*

konkret Ergebnisse im Detail zu veröffentlichen, die zeigen, was alles verändert, verhindert, verbessert werden kann“ (MM_5).

Von einem strukturierten CHI-Behandlungsprogramm hat keiner der Befragten gehört. Nach einer kurzen Erläuterung fanden die Journalistinnen bzw. Journalisten dieses jedoch interessant und begrüßenswert. So meinte ein Journalist: *„Interessantes Feld, das noch mehr Aufmerksamkeit verdient und noch mehr Präsenz in den Medien“ (MM_J6)*. Besonders positiv bewertet wurde die Einbindung unterschiedlicher medizinischer Berufsgruppen und Begleitmaßnahmen, wie beispielsweise Krankenpflege und Psychologie sowie die erhöhte Einbindung der Patientinnen bzw. Patienten durch ein strukturiertes Vorgehen nach neuesten Erkenntnissen. Assoziierte Worte mit DMPs waren: Begleitung, Monitoring, Unterstützung, Regelmäßigkeit, wohnortnahe Versorgung und umfassende Aufklärung.

Journalistische Arbeit

Anlässe zur Publikation: Insgesamt betonten die Befragten, dass sie in der Berichterstattung den Nutzen und Servicegedanken des DMPs in den Vordergrund stellen würden. Hierbei kann es sich um den Nutzen für die Zielgruppe selbst handeln. Eine Online-Journalistin berichtete, dass ihre Berichterstattung auch die Möglichkeit eröffnet, Angehörige von Betroffenen anzusprechen. Zwei Journalistinnen bzw. Journalisten sahen die Berichterstattung über DMPs nicht notwendigerweise an einen Anlassfall gebunden, sondern als dauerhaft aktuell und relevant. Eine TV-Journalistin erzählte, dass sie einen Ordner mit interessanten Geschichten hat, in dem sie Themen auch zwischenlagert, um später darüber zu berichten. Sie erzählte, dass sie laufend Informationen sammelt, diese jedoch alle einen Wien-Bezug haben müssen bzw. es möglich sein muss, einen solchen herauszuarbeiten. Ein Print-Journalist empfahl in diesem Zusammenhang konstanten Kontakt mit Journalistinnen bzw. Journalisten zu pflegen, beispielsweise in Form von Hintergrundgesprächen. Er führte aus: *„Weniger Pressekonferenzen, da geht es hauptsächlich darum, Neuigkeiten so schnell wie möglich an so viele Menschen wie möglich weiterzugeben, sondern kleinen Gruppen, Hintergrundgespräche, um über neue Themen zu reden. Nicht jedes Mal mit der Absicht, daraus einen Artikel zu machen, sondern einfach, um zu sehen, was interessiert die Journalisten“ (MM_J6)*. Dies ermöglicht den Journalistinnen bzw. Journalisten eine eigene Perspektive auf das Thema zu finden und sofort Informationen einzuholen.

Für Journalistinnen bzw. Journalisten gab es mehrere Möglichkeiten, die Gestaltung eines Beitrags über DMPs an Anlässe zu binden. Mehrmals wurden „Awareness Days“, also Tage, die einem bestimmten Thema gewidmet sind, erwähnt. Diese seien eine gute Möglichkeit für Journalistinnen bzw. Journalisten, um einen Ankerpunkt für ihre Berichterstattung zu haben. Eine Journalistin betonte jedoch, dass Informationen zu Artikeln oder Aktionen, die im Rahmen eines solchen Tages gesetzt werden sollen, rechtzeitig übermittelt werden müssen, damit sie eingebunden werden können. Eine TV-Journalistin erwähnte die Medienswerpunkte, die von bestimmten Kanälen selbst gesetzt werden, wie beispielsweise „Bewusst Gesund“ im ORF als Chance, Berichterstattung über DMPs als Anlass zu nehmen. Sie bezeichnete dies als einen guten Moment, um Geschichten zu einem bestimmten Thema einzubringen. Ebenso sahen Journalistinnen bzw. Journalisten die Neueinführung eines Programmes als Motivation für das Verfassen eines Artikels. Hierbei kann natürlich die Innovation des Programmes gut erklärt und beschrieben werden. Damit verbunden wurde auch die Möglichkeit, Expertinnen bzw. Experten in die Berichterstattung miteinbeziehen, die sich als Testimonials für eine Neuerung oder ein Programm aussprechen. Eine Journalistin erklärte diesbezüglich: *„Also für mich hängt es ganz oft damit zusammen, wenn*

jemand den ich schätze, sich dafür einsetzt. Neuentwicklungen natürlich, aber für mich ist es immer ganz wichtig mich umzuhören, was sagen denn die Fachleute dazu“ (MM_J3). Besonders Warnungen vor gewissen Krankheiten von bekannten Ärztinnen bzw. Ärzten bieten sich in dem Zusammenhang gut an. Eine Online-Journalistin arbeitete hierzu auch mit Twitter und erzählte, dass sie sich über die Diskussion von Expertinnen bzw. Experten auf Twitter am Laufenden hält. Themen, die öffentlich diskutiert werden, bieten sich als Impuls für einen Artikel für die breitere Masse an. Eine Journalistin im Online-Bereich erwähnte, dass natürlich auch Prominente gut als Aufhänger für eine Geschichte genutzt werden können, wenn sie sich für ein Thema aussprechen, vor allem für Lifestyle-Medien. Des Weiteren erwähnte eine Journalistin, dass auch die Jahreszeit für die Themenauswahl ausschlaggebend ist. So kommen negativere Themen, wie Krankheit oder Tod, im Sommer nicht in die Medien. Sie fasste zusammen: „Aber im Sommer muss man natürlich aufpassen. Die Befindlichkeit der Menschen ist halt gerade so! Jetzt will man mal gar nichts hören und dazu mal rausgehen und es genießen und dann im Herbst glaube ich, kommt man schon wieder so in Richtung: Wie geht's Menschen, die heute mit der Krankheit zu kämpfen haben“ (MM_J2). Dementsprechend sollte ein Awareness-Tag oder eine Neueinführung eines DMPs für die mediale Berichterstattung zeitlich passend eingeführt werden.

Kontakt zu Institutionen: Fünf der sechs Journalistinnen bzw. Journalisten berichteten, dass sie Informationen zu Gesundheitsthemen zugeschickt bekommen. Dabei bekommen die meisten Material von PR-Agenturen, die Gesundheitsinstitutionen betreuen. Dies wird von einer Journalistin im Online-Bereich sehr geschätzt. Vier Journalistinnen bzw. Journalisten berichteten jedoch, dass sie diese Informationen wenig bis gar nicht nützen würden. Drei Journalisten gaben an, dass sie die direkten Newsletter von Gesundheitsinstitutionen und Universitäten nützen, in denen auch neue Studien und Erkenntnisse präsentiert werden. Eine Journalistin im Online-Bereich berichtete, dass sie die Wissenschaftsblogs von Universitäten, mit deren Erlaubnis, als Quelle verwenden würde. Drei Journalistinnen bzw. Journalisten erwähnten, dass der persönliche Kontakt sowohl mit Medizinerinnen bzw. Mediznern, als auch anderen Journalistinnen bzw. Journalisten impulsgebend sei und sie darüber Ideen für Berichte bekommen würden. Insgesamt recherchierten die Journalistinnen bzw. Journalisten für ihre Berichterstattungen auch aus eigenem Antrieb heraus im Internet. Hierbei wurde auf die Bedeutung von Websites der Gesundheitsinstitutionen, wie Gesellschaften und Sozialversicherungsträger, Ärztinnen bzw. Ärzte und Krankenhäuser hingewiesen. So forderte eine Journalistin Einheitlichkeit von Informationen zu einem bestimmten Thema auf den unterschiedlichen Kanälen. Sie meinte, dass eine inhaltliche Abstimmung von beteiligten Organisationen innerhalb der einzelnen Bundesländer, Krankenhäuser und Ärztinnen bzw. Ärzte, die Recherche sowohl von Journalistinnen bzw. Journalisten, als auch von Patientinnen bzw. Patienten selbst, erleichtern würde. Auch erwähnte eine Journalistin, dass die Websites von DMPs Grundinformationen und Ansprechpartner für weiterführende Informationen enthalten muss.

Aufbereitung der Informationen: Wie bereits erwähnt, erhält die Mehrheit der Journalistinnen bzw. Journalisten Informationen von Agenturen und Institutionen zugesandt. Um die Chancen zu erhöhen, dass ein Beitrag zu DMPs gestaltet und veröffentlicht wird, wurde erfragt, in welcher Art und Weise die Informationen im Vorfeld für Journalistinnen bzw. Journalisten aufbereitet werden sollten, um Journalistinnen bzw. Journalisten zu einem Artikel zu motivieren. Hierbei gingen die Ansprüche in den Interviews stark auseinander. Diese hingen vom Medium, von der Zielgruppe und von der Art des Beitrages, der angestrebt wird, ab. Mehrmals wurde von den Journalistinnen bzw. Journalisten betont, dass

die Gestaltung eines Artikels dafür ausschlaggebend ist, ob dieser bei der Leserschaft Interesse weckt. So muss die Sprache und die Verwendung von medizinischen Fachbegriffen so eingesetzt werden, dass sie die Zielgruppe anspricht. Ein Journalist betonte: *„Ich kann natürlich als Gesundheitsjournalist in meinem Artikel mit meiner Bildung, mit einer Kompetenz angeben und ein Fachbegriff nach dem anderen aneinanderreihen und für eine ganz kleine Blase an Personen schreiben. Das wäre eine Herangehensweise, aber nicht meine“* (MM_J6). Journalistinnen bzw. Journalisten müssen somit das Narrativ so aufbauen, dass ihnen gefolgt werden kann, Fragen beantwortet werden und Leserinnen bzw. Lesern das Thema schmackhaft gemacht wird.

In Bezug auf die Information, die ihnen zur Gestaltung eines Beitrages zugespielt werden soll, betonten mehrere Journalistinnen bzw. Journalisten, dass diese gut aufbereitet, verständlich und leicht zu verarbeiten sein sollte. So wurde zusammengefasst: *„Die Sprache ist dann oft auch sehr, sehr hochgestochen. Ich weiß schon, man will eine Aussendung die auch nach etwas gleichschauen soll. Aber ich muss immer im Radio, speziell das runterbrechen auf den einfachen Zuhörer, der nicht viel Hintergrundwissen hat. Und ich glaube oft speziell bei der MedUni, bei den Ausbildungen ist es oft sehr sehr sehr wissenschaftlich. Wo ich erst einmal die Sätze auseinander klaben muss, wär vielleicht gut, dass der Journalist auch selbst versteht worum es geht“* (MM_J4). Ein Journalist sah es jedoch genau als seine Aufgabe, die Komplexität bei solchen Informationen zu reduzieren. Er meinte: *„Das ist schon in der Verantwortung des Journalisten. Das er überfordert wäre mit dem, was er zugeschickt bekommt. Das halte ich für die Ausnahme“* (MM_J6).

Eine weitere stilistische Frage, die deutliche Unterschiede in den Herangehensweisen der Journalistinnen bzw. Journalisten zeigte, ist der unterschiedliche Fokus der Berichterstattung. Manche Journalistinnen bzw. Journalisten bevorzugten einen sachlichen, zahlen- bzw. statistikbasierten Zugang gegenüber einem persönlicheren Zugang, der von Erfahrungen und Einzelschicksalen geprägt ist. Hier zeigte sich eine Spaltung der Meinung der Journalistinnen bzw. Journalisten, abhängig von der entsprechenden Zielgruppe und dem Medium für das Journalistinnen bzw. Journalisten berichten.

So betonte eine Journalistin, die für eine medizinische Zielgruppe schreibt, dass der Bericht sachlich und informativ gehalten sein muss. Die Fakten des DMPs müssen vorgestellt werden (z.B. Ablauf und Honorierung). Auch Online-Journalistinnen bzw. -Journalisten betonten, dass sie Wert auf einen sachlichen Fokus legten, jedoch nicht unbedingt, um die Zielgruppe zu bedienen, sondern aus pragmatischen Gründen – die Recherche persönlicher Schicksale bedarf mehr Ressourcen. Eine Online-Journalistin beschrieb, dass die Informationen die ihr zuspielt werden, besser seien, je kompakter diese sind. Sie fasste zusammen: *„Ich würde jetzt drei bis vier Infos machen, dass es das gibt, Bild dazu, Video einbetten, bisschen die weiterführenden Links. Das kann man sich dann in dem Moment mal in der Hektik gut vorstellen“* (MM_J2). Eine Liste mit Ansprechpersonen ist für diese Journalistin eher irrelevant. Die Print- und TV-Journalistinnen bzw. -Journalisten sprachen sich für einen Zugang aus, der persönliche Berichte von Betroffenen und Expertinnen bzw. Experten als Ansatzpunkt verwendet. Alle betonten jedoch die Wichtigkeit, auch faktische Information einzubauen. So sagte ein Journalist: *„Also es ist immer eine richtige Mischung von Emotion und Interesse schaffen und dann ein paar Informationen zugänglich machen, die dann gerne genommen werden in der Regel und dann aber wieder relativ bald die emotionale oder empathische Komponente mitberücksichtigen“* (MM_J6). Auch die Journalistin, die für eine medizinische Online-Plattform schrieb, betonte, dass wenn sie Reportagen schreibt, die in die Tiefe gehen, sie den persönlichen Zugang zu der Geschichte nützt. Die stilistische

Auslegung der Journalistinnen bzw. Journalisten ist für die Art der Informationen, die den Journalistinnen bzw. Journalisten von der DMP-Organisation oder PR-Agenturen geliefert werden muss, sehr relevant. So hängt es von der Ausrichtung des Mediums und des Stils ab, ob eher Zahlen, Daten und Fakten benötigt werden oder eine Auswahl an unterschiedlichen Ansprechpartnerinnen bzw. -partnern.

Welche Inhalte in einer PR-Aussendung an Journalistinnen bzw. Journalisten enthalten sein sollen, damit diese informative Beiträge gestalten können, ist eine wichtige Frage bei der Kommunikation von DMPs. Diese Inhalte werden folglich analysiert:

- **Ansprechpartnerinnen bzw. -partner:** Vor allem die Journalistinnen bzw. Journalisten, die einen persönlichen Zugang in die Berichterstattung inkludieren möchten, sahen eine Liste bzw. Auswahl an Ansprechpersonen im medizinischen Umfeld, Expertinnen- bzw. Experten- und Betroffenenbereich als wichtig an. Sie betonten die Notwendigkeit eine bereits gebriefte Person zu kontaktieren, um konkrete Fragen und Zitate für die Berichterstattung zu bekommen. Vor allem die TV- und Radio-Journalistinnen bzw. Journalisten können ohne Interviewte, aufgrund der Erfordernisse des Mediums, keine Berichte produzieren. Auch ein Print-Journalist meinte, dass er eine Liste an Ansprechpartnern haben möchte, um einem Artikel eine eigene Perspektive geben zu können. Er führte aus: *„Ich will nicht Informationen verwerten, die mir schon aufgearbeitet vorgelegt wurden, ich will die notwendigsten Ansätze und die Personen, mit denen ich selber einen Artikel vorbereiten kann“* (MM_J6). Erwähnt wurden auch Expertinnen bzw. Experten der Ärztekammer, der Medizinischen Universität Wien oder von Gesellschaften wie beispielsweise dem Herzverband. Eine Journalistin betonte, dass sie immer mehrere Quellen miteinbezieht und bei Ansprechpersonen von Herstellern vorsichtig ist, da diese eine werbende Absicht hinter den bereitgestellten Informationen haben könnten.
- **Zahlen:** Zwei Befragte betonten, dass ihnen spezifische Zahlen in den PR-Aussendungen zu DMPs wichtig seien. Der Grund hierfür sei, dass sie mit den Beiträgen eine breite Zielgruppe ansprechen würden und durch Zahlenmaterial die Relevanz des Themas untermauert werden kann. Ebenso relevant in diesem Zusammenhang sind die Kosten des Programms für Patientinnen bzw. Patienten. So betonte die TV- und Radio-Journalistin, dass ein solches Programm nur für sie relevant sei, wenn es von der Krankenkasse bezahlt wird, da elektive Operationen und Therapien für die breite Masse zu teuer sind. Für Journalistinnen bzw. Journalisten mit spezifischen Zielgruppen, waren die spezifischen Zahlen weniger relevant.
- **Infos und Zitate:** Die Güte von Kurzinformationen und Zitaten wurde von mehreren Journalistinnen bzw. Journalisten als wichtig erwähnt. So sollen diese Informationen und Zitate konkret und schlüssig sein. Es wurde zusammengefasst: *„Wirklich harte Infos, so wie ich habe im Mai 2020 angefangen, dieses Tool zu nutzen – meine Vitalwerte sind um so und soviel Prozent besser geworden. Ich habe bemerkt, dass meine Gewichtsreduktion meine Mobilität verbessert hat“* (MM_J3). In PR-Aussendungen zu DMPs sind laut Journalistinnen bzw. Journalisten des Weiteren knappe Infoboxen mit den grundlegenden Informationen und kurze, pointierte Headlines gewünscht.
- **Bildmaterial:** Die Hälfte der Befragten schätzte qualitativ hochwertiges und authentisches Bildmaterial als extrem wichtig ein. Die mitgelieferten Bilder sollen Szenen aus der Praxis darstellen, direkt mitgeschickt und nicht über eine Plattform (wie WeTransfer) zur Verfügung gestellt werden. Vom Format her ist sowohl high rise als

auch low rise wichtig, da dies auf unterschiedlichen Kanälen verwendet wird. Auf jeden Fall muss laut Journalistinnen bzw. Journalisten Information zu Bildrechten mitgeschickt werden. Zwei Online-Journalistinnen bzw. -Journalisten betonten, dass es möglich sei, dass ein Artikel durch schlechtes oder fehlendes Bildmaterial nicht zustande kommen würde. Für Online-Journalistinnen bzw. -Journalisten seien außerdem Videos und weiterführende Links auch sehr nützlich. Ein Print-Journalist erzählte hingegen, dass sein Medium ausschließlich eigenes Bildmaterial verwenden würde, da eine eigene Bildsprache im Medium verwendet wird. Somit sind Bilder, die in Aussendungen inkludiert sind, für ihn irrelevant. Auch die TV-Journalistinnen bzw. -Journalisten berichteten, dass sie ausschließlich eigene Aufnahmen machen.

3.3. Ergebnisse Modul 3: Befragung der allgemeinen Bevölkerung

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung der allgemeinen Bevölkerung gliedern sich ähnlich den Ergebnissen der qualitativen Interviews von Patientinnen bzw. Patienten und Gesundheitspersonal in folgende Themenbereiche: DMPs allgemein, spezielle Formen von DMPs, Charakteristika Allgemeine Bevölkerung/Patientinnen bzw. Patienten, Gesundheitspersonal, Kommunikation und Marketing von DMPs sowie Kommunikations-Tools im Rahmen von DMPs.

Bei den Ergebnissen der Befragung der allgemeinen Bevölkerung ist zu beachten, dass sich die Zustimmungswerte über die verschiedenen Themenfelder hinweg (Ausnahme: Awareness) in einem eher hohen Bereich befinden. Dies sollte bei der Interpretation und Generalisierung der Ergebnisse beachtet werden.

3.3.1. DMPs allgemein

Erfahrung: Um ein DMP erfolgreich einführen zu können, scheint es als besonders wichtig, zuerst den Status Quo zu erkunden, um dann mögliche Kommunikationsstrategien erfragen zu können. Die Ergebnisse in Bezug auf die allgemeine Bevölkerung lassen darauf schließen, dass im Moment in Österreich ein geringes Bewusstsein für DMPs besteht. Die Frage, inwieweit die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer bereits vor dieser Befragung von DMPs gehört haben, beantworteten lediglich 13.5% der Teilnehmenden mit „ja“. Von diesen Personen haben wiederum nur 13.0% bereits selbst an einem DMP teilgenommen oder kennen eine Person, auf die dies zutrifft. Zudem wurde das Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ lediglich von einer Person namentlich aufgezählt. Diese Tendenz wird auch in der eher geringen Awareness über Aussagen, die sich auf DMPs beziehen, deutlich. Dafür wurden den Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern fünf Aussagen, die auf das Wissen zu DMPs abzielen gezeigt und danach gefragt, ob ihnen diese bekannt sind (z.B. „Disease-Management-Programme (DMPs) werden auch Chronikerinnen- bzw. Chroniker-Programme genannt“; 1 = Gar nicht bekannt; 7 = Sehr bekannt; Cronbach's Alpha = .95). Anhand des geringen Mittelwertes lässt sich eine geringe Awareness für DMPs ableiten ($M = 2.03$, $SD = 1.46$). Dies bedeutet, dass die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer diese Informationen in Bezug auf DMPs noch kaum gehört haben. Dies ist wenig überraschend, da sehr wenigen Personen DMPs vorab ein Begriff war.

Einstellung: Trotz der generell geringen Awareness von DMPs, lässt sich feststellen, dass – nach einer kurzen Erläuterung von DMPs – die Einstellung gegenüber diesen Programmen in der allgemeinen Bevölkerung als durchaus positiv erscheint. Diese wurde mittels elf Adjektivpaaren auf einer bipolaren Sieben-Punkte-Skala abgefragt (z.B. „Ich denke, Disease-

Management-Programme (DMPs) sind ... schlecht – gut.“; Cronbach's Alpha = .93). Es zeigte sich, dass – trotz der geringen Awareness von DMPs – die allgemeine Bevölkerung durchaus eine positive Einstellung gegenüber diesen Programmen hat ($M = 5.08$, $SD = 1.08$).

Gerade bei einem Thema, das sich auf die Gesundheit bezieht, scheint die Einschätzung der Wirksamkeit als besonders wichtig. Um dies zu überprüfen, wurden Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern Aussagen vorgelegt, die sie mittels einer Sieben-Punkte-Skala (1 = Stimme überhaupt nicht zu; 7 = Stimme voll und ganz zu) ablehnen oder annehmen sollten (z.B. „Ganz generell, glaube ich, dass im Rahmen eines DMPs Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern eine bessere Lebensqualität ermöglicht wird“; Cronbach's Alpha = .89). Hier zeigte sich erneut, dass die allgemeine Bevölkerung DMPs eine hohe Wirksamkeit auf den Gesundheitszustand der Patientinnen bzw. Patienten zuspricht ($M = 5.28$, $SD = 1.23$). Es scheint folglich, dass die allgemeine Bevölkerung nach einer kurzen Erläuterung von DMPs, diesen gegenüber durchaus sehr positiv gestimmt ist.

Motivatoren: Als besonders motivierend für eine Teilnahme an einem DMP befanden die Befragten die Aussicht auf die Verbesserung des Gesundheitszustands ($M = 5.67$, $SD = 1.65$), den Erwerb der Fähigkeiten im Umgang mit der eigenen Krankheit ($M = 5.56$, $SD = 1.57$) und die professionelle Versorgung von einem fachübergreifenden Team ($M = 5.52$, $SD = 1.57$). Vermehrte Kommunikationsmöglichkeiten mit dem medizinischen Personal ($M = 5.34$, $SD = 1.55$), die Definition eines messbaren und realistischen Gesundheitsziels mit einer spezifischen Frist zur Überprüfung ($M = 5.20$, $SD = 1.58$), regelmäßiger Kontakt mit dem Gesundheitspersonal (z.B. durch Erinnerungsanrufe und -mails des Gesundheitspersonals; $M = 5.12$, $SD = 1.68$), finanzielle Anreize (z.B. verringerte Rezeptgebühr für gewisse Medikamente; $M = 5.12$, $SD = 1.75$), die Möglichkeit einer aktiven Gestaltung des DMPs ($M = 4.93$, $SD = 1.61$), die Nutzung von personalisierten und technologie-basierten Tools (z.B. Smartphones; $M = 4.75$, $SD = 1.67$) sowie Peer-Support (z.B. durch Zusammenarbeit in der Patientinnen- bzw. Patienten-Gruppe oder Gruppensitzungen; $M = 4.56$, $SD = 1.66$) stellen auch Motivatoren dar, jedoch zu einem geringeren Ausmaß. Für eine Übersicht, siehe Abbildung 6.

Empfehlung: Inwieweit die Befragten grundsätzlich dazu bereit sind, ihren Angehörigen und Bekannten eine Teilnahme an einem DMP zu empfehlen, wurde mittels acht Aussagen (z.B. „Ich werde über die positiven Seiten von Disease-Management-Programmen reden“; Cronbach's Alpha = .96) auf einer Sieben-Punkte-Skala (1 = Gar nicht wahrscheinlich; 7 = Sehr wahrscheinlich) abgefragt. Auch hier zeigte sich durchaus eine positive Tendenz ($M = 4.84$, $SD = 1.28$). Mögliche Gründe, die gegen eine Teilnahme und eine Empfehlung an Dritte sprechen, sind vor allem eine große Reisedistanz ($M = 4.60$, $SD = 1.75$), eine verpflichtende Teilnahme an dem vollen Programm ($M = 4.50$, $SD = 1.73$), ein vermehrter bürokratischer Aufwand ($M = 4.41$, $SD = 1.67$) und ein Mangel an flexibler Zeiteinteilung ($M = 4.39$, $SD = 1.69$) bzw. ein erhöhter Zeitaufwand ($M = 4.26$, $SD = 1.60$). Eine geringere Rolle spielen eine mögliche Sprachbarriere ($M = 3.71$, $SD = 1.80$) sowie ein fehlender Sinn und Zweck der Teilnahme ($M = 3.34$, $SD = 1.79$). Für eine detaillierte Übersicht siehe Abbildung 7.

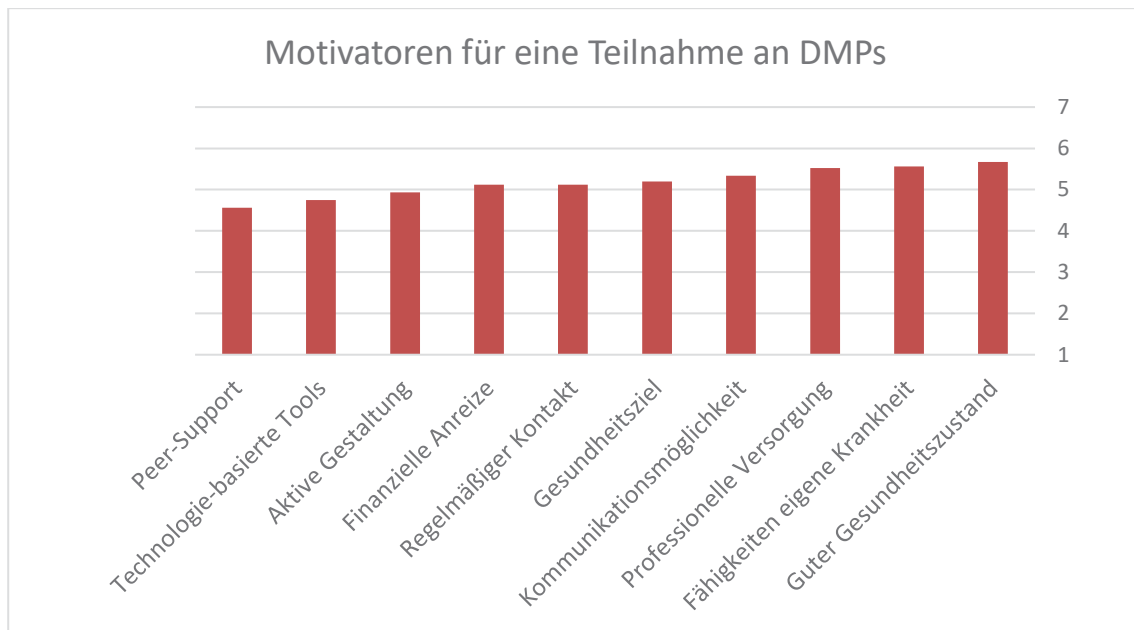


Abbildung 6: Motivatoren für eine Teilnahme an DMPs

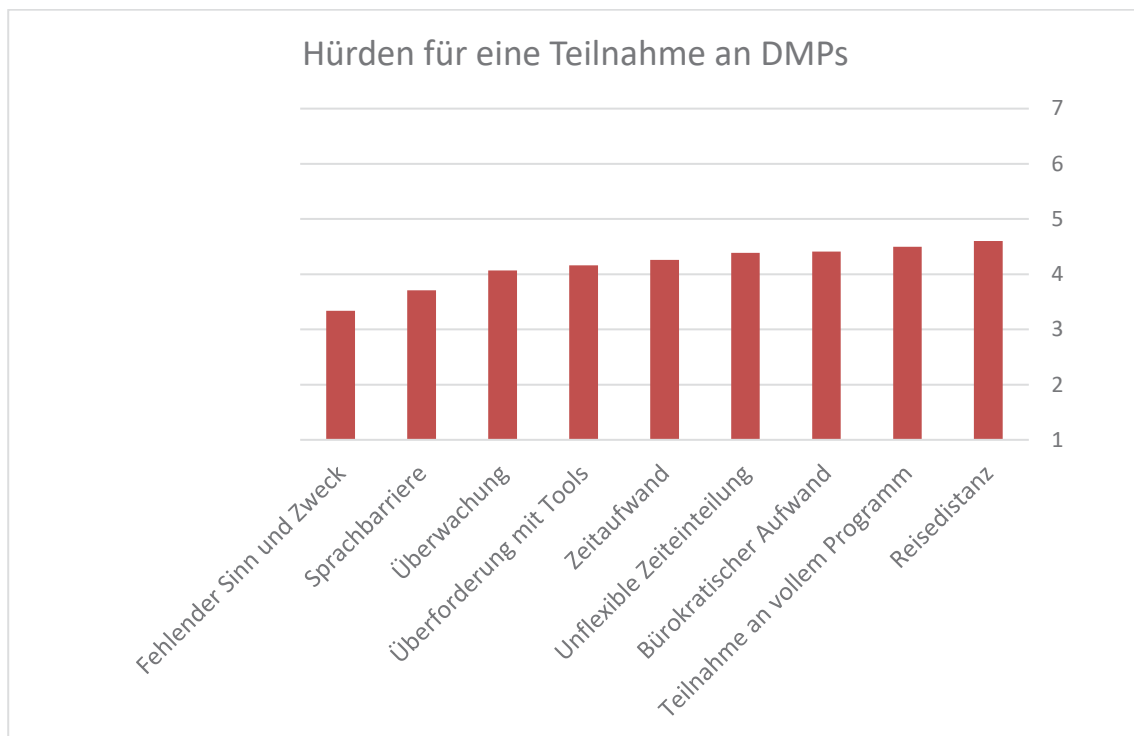


Abbildung 7: Hürden für eine Teilnahme an DMPs

3.3.2. Spezielle Formen von DMPs

DMPs mit Einbezug von Community: Einen weiteren Aspekt von DMPs stellt, laut systematischer Literaturrecherche, die Miteinbeziehung der Gemeinde dar. Auch hier bezogen sich zwei Aussagen auf die positiven Auswirkungen (z.B. „Ich kann mir vorstellen, dass die Unterstützung durch Gemeinden/Gemeinschaften im Rahmen eines DMPs zum Wohl der Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer positiv beiträgt“; Cronbach's Alpha = .83) und zwei Aussagen auf möglicherweise negative Auswirkungen (z.B. „Ich kann mir vorstellen, dass die Unterstützung durch Gemeinden/Gemeinschaften im Rahmen eines DMPs sich für Teilneh-

merinnen bzw. Teilnehmer wie eine Kontrolle und Überwachung anfühlt“; Cronbach's Alpha = .73). Wieder wurden diese Aspekte auf einer Sieben-Punkte-Skala (1 = Stimme überhaupt nicht zu; 7 = Stimme voll und ganz zu) abgefragt. Hier zeigte sich ein etwas anderes Bild: Sowohl die positiven Auswirkungen (M = 4.56, SD = 1.39) als auch die möglichen negativen Aspekte (M = 4.49, SD = 1.40) des Miteinbeziehens von Gemeinden/Gemeinschaften in DMPs werden von der allgemeinen Bevölkerung als eher hoch eingeschätzt. Das lässt darauf schließen, dass sich die Meinungen zu DMPs mit Einbezug der Community in der allgemeinen Bevölkerung spalten.

DMPs mit Einbezug von Familie: In der Literaturanalyse wurde festgestellt, dass die Miteinbeziehung von Familien oder anderen Bezugspersonen einen wichtigen Anspruch an DMPs darstellen kann. Zwei Aussagen der Befragung nahmen demnach Bezug auf positive Auswirkungen (z.B. „Ich kann mir vorstellen, dass die Einbindung von Familie/Bezugspersonen in DMPs einen großen gesundheitlichen Vorteil für Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer bringt“; Cronbach's Alpha = .84) und zwei weitere Aussagen nahmen Bezug auf mögliche negative Auswirkungen der Miteinbeziehung von Familien/Bezugspersonen (z.B. „Ich kann mir vorstellen, dass die Einbindung von Familie/Bezugspersonen in DMPs zur Überforderungen der Familie/Bezugspersonen führt“; Cronbach's Alpha = .69). Diese wurden auf einer Sieben-Punkte-Skala (1 = Stimme überhaupt nicht zu; 7 = Stimme voll und ganz zu) abgefragt. Die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer bewerteten die Familie bzw. Bezugspersonen als wichtigen Aspekt in DMPs und sahen darin mögliche medizinische Vorteile für die Patientinnen bzw. Patienten (M = 5.01, SD = 1.40). Nachteile für die persönliche Beziehung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und der Familie bzw. den Bezugspersonen wurden eher im mittleren Bereich wahrgenommen (M = 3.63, SD = 1.41). Dennoch darf die Sorge der allgemeinen Bevölkerung in Bezug auf die persönliche Beziehung mit der Familie bzw. Bezugspersonen hier nicht außer Acht gelassen werden.

3.3.3. Charakteristika Allgemeine Bevölkerung/Patientinnen bzw. Patienten

Wissen CHI: Auch das Wissen über CHI wurde abgefragt. Zu diesem Zweck beantworteten die Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmer fünf Multiple Choice-Fragen über die Krankheit (z.B. „Welcher Begriff hat per Definition dieselbe Bedeutung wie chronische Herzinsuffizienz?“), bei denen sie jeweils eine von vier vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wählen konnten, wobei lediglich eine davon richtig war. Im Anschluss wurde die Anzahl der richtigen Antworten berechnet indem diese aufsummiert wurden (M = 3.13, SD = 1.13). Durchschnittlich beantworteten die Probandinnen bzw. Probanden drei von fünf Fragen richtig, woraus sich ableiten lässt, dass ein Basiswissen in der allgemeinen Bevölkerung über die Krankheit vorhanden ist, dass allerdings noch ausgebaut werden kann.

Wünsche, Anforderungen und Erwartungen: Neben den dargebotenen Optionen hatten die Teilnehmenden zudem durch eine offene Frage die Möglichkeit, selbst weitere Erwartungen an DMPs anzuführen. Hier wurden vor allem die Chance zum Erfahrungsaustausch mit anderen Patientinnen bzw. Patienten, die Möglichkeit nach umfassenderen Informationen über die eigene Krankheit, die psychische Unterstützung und der intensivste persönliche Kontakt zu Ärztinnen bzw. Ärzten, die den eigenen Fall gut kennen, genannt.

3.3.4. Gesundheitspersonal

Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe: Auch die Einbindung von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen wurde in der Literatur als möglicher positiver Faktor bei der Einführung von DMPs diskutiert. Basierend auf bisherige Studien wurden sechs

Aussagen (z.B. „Ich würde mich über Unterstützung einer Pflegekraft freuen“; Cronbach's Alpha = .90) in Bezug auf die Miteinbeziehung von Pflegekräften mittels einer Sieben-Punkte-Skala (1 = Stimme überhaupt nicht zu; 7 = Stimme voll und ganz zu) abgefragt. Die Integration von Pflegekräften wurde von Befragten als besonders positiv eingestuft (M = 4.85, SD = 1.30).

3.3.5. Kommunikation und Marketing von DMPs

Information und Rekrutierung: In der Literaturanalyse zeigten sich die drei folgenden zentralen Möglichkeiten für Orte und Situationen, an denen Informationen über DMPs übermittelt werden könnten: Medizinische Einrichtungen, Massenmedien und im Alltag. Diese Ergebnisse werden zur besseren Übersicht in mehreren Untergruppen präsentiert. Die Messung erfolgte jeweils auf einer Sieben-Punkte-Skala (1 = Gar nicht; 7 = Sehr gut).

Medizinische Einrichtungen: Von allen genannten Orten schätzten Probandinnen bzw. Probanden medizinische Einrichtungen als beste Möglichkeit für die Informationsvermittlung ein. Am besten wurde die Erreichbarkeit für Informationen über DMPs in Krankenhäuser und Praxen von Ärztinnen bzw. Ärzten eingestuft (M = 5.40, SD = 1.62), darauf folgten Apotheken (M = 5.07, SD = 1.67) und Websites von Gesundheitseinrichtungen (M = 4.92, SD = 1.81). Alle drei genannten Bereiche eignen sich daher – gemäß der Einschätzung der allgemeinen Bevölkerung – sehr gut, um Informationen über DMPs zu vermitteln.

Massenmedien: Im Bereich Medien würden Informationen über DMPs die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer am besten über klassische Massenmedien erreichen (M = 4.33, SD = 1.80). Durch per Post versendete Werbeflyer wären sie etwas schlechter erreichbar (M = 4.08, SD = 1.99). Als am wenigsten ideal wird Social Media (etwa Facebook und Instagram) angesehen (M = 3.59, SD = 2.07). Somit sollten mediale Kampagnen am ehesten über klassische Massenmedien erfolgen.

Alltag: Die geringste Erreichbarkeit für Informationen über DMPs besteht im Alltag. Sowohl am Arbeitsplatz (M = 3.41, SD = 2.04) als auch in Freizeiteinrichtungen wie Sporteinrichtungen oder Kirchen (M = 3.23, SD = 1.90) sehen die Befragten ihre Erreichbarkeit für Informationen über DMPs als eher gering an. Diese Art der Informationsvermittlung ist somit eher nicht für DMPs geeignet.

3.3.6. Kommunikations-Tools im Rahmen von DMPs

Mit Blick auf die Kommunikationsmöglichkeiten im Rahmen von DMPs wurde die Nutzungswahrscheinlichkeit mehrerer konkreter Optionen abgefragt. Die Messung erfolgte ebenfalls mit Hilfe einer Sieben-Punkte-Skala (1 = Gar nicht wahrscheinlich; 7 = Sehr wahrscheinlich).

Die Nutzungswahrscheinlichkeit von E-Mails mit Erinnerungen an Arzttermine bzw. gesundheitsförderndes Verhalten oder mit Information zur Krankheit (M = 5.41, SD = 1.57) wurde als höher eingeschätzt als jene von postalischen Zusendungen zu demselben Zweck (M = 4.44, SD = 1.87). Schulungsbüchlein, Broschüren oder Flyer mit Hintergrundinformation zur Krankheit würden ebenfalls mit einer hohen Wahrscheinlichkeit genutzt werden (Schulungsbüchlein: M = 4.99, SD = 1.60; Broschüren/Flyer: M = 4.82, SD = 1.64) sowie Telefonanrufe mit Erinnerungen an Arzttermine oder zur Abfrage des Gesundheitszustandes (M = 4.82, SD = 1.82). Für die Kommunikation der Patientinnen bzw. Patienten wurde ein Gesundheitstagebuch zwecks Offline-Dokumentation von Symptomen und ähnlichem (M = 4.77, SD = 1.63), Telemonitoring, das denselben Zweck erfüllt, aber online erfolgt (M =

4.62, SD = 1.73), gegenübergestellt, wobei die Offline-Variante wahrscheinlicher genutzt werden würde.

Zusammenfassend geht aus den Antworten der Befragten hervor, dass sie wahrscheinlich alle genannten Möglichkeiten nutzen würden. Bei der direkten Kommunikation würden sie jedoch als Empfängerinnen bzw. Empfänger E-Mails und Anrufe eher nutzen als den Postweg, während sie ihren Gesundheitszustand vermutlich eher offline als online dokumentieren würden. Für eine genaue Auflistung der Kommunikations-Tools, geordnet nach der Zustimmung, siehe Abbildung 8.

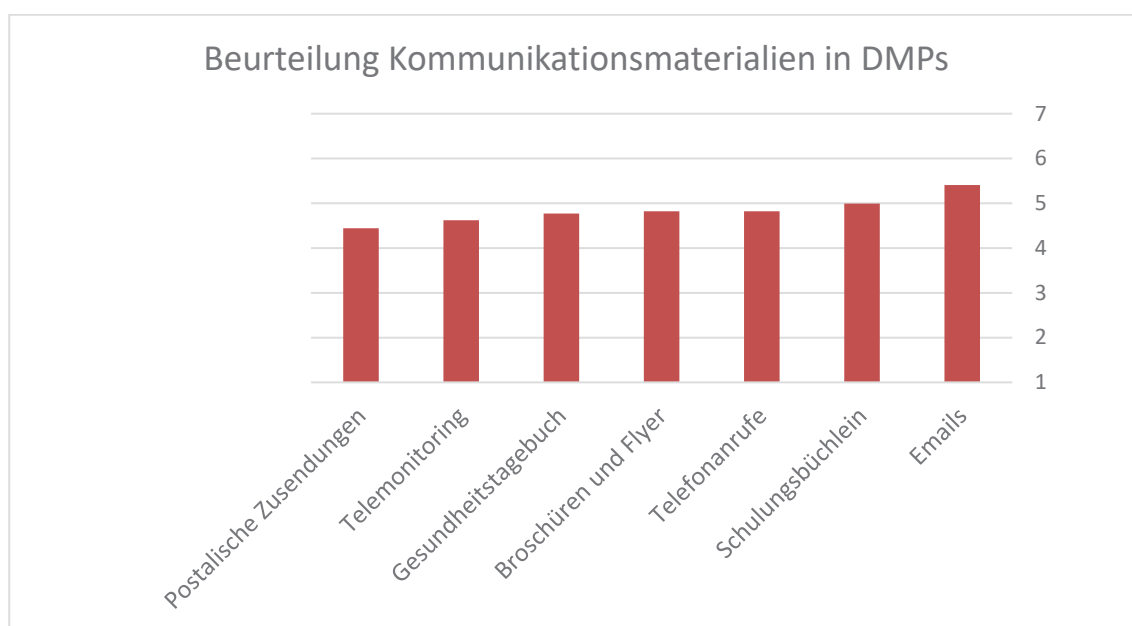


Abbildung 8: Beurteilung von Kommunikations-Tools im Rahmen von DMPs

4. SYNTHESE DER ERGEBNISSE – BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN

Um die eingangs gestellten Forschungsfragen zu beantworten, werden die Ergebnisse der systematischen Literaturanalyse, der qualitativen Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten, Gesundheitspersonal und Journalistinnen bzw. Journalisten sowie die Ergebnisse der quantitativen Befragung zusammengefasst. Die Beantwortung der Forschungsfragen wird separat für die Zielgruppe Patientinnen bzw. Patienten, Gesundheitspersonal, allgemeine Bevölkerung und Journalistinnen bzw. Journalisten durchgeführt.

4.1. Patientinnen bzw. Patienten

Welche Informationen brauchen die Patientinnen bzw. Patienten, um motiviert zu werden, bei einem DMP mitzumachen?

Patientinnen bzw. Patienten beziehen Information zum zeitlichen Umfang (z.B. wie oft, wo und wann; ist eine berufliche Vereinbarung möglich?), beteiligtem medizinischen Personal (z.B. sind die eigenen Ärztinnen bzw. Ärzte beteiligt?) und zu dahinterstehenden Organisationen in die Entscheidung zu einer Teilnahme an DMPs ein. Des Weiteren sollte ein individueller Nutzen des DMPs für Patientinnen bzw. Patienten im Vorhinein klar kommuniziert

werden. Gesundheitspersonal als Informationsvermittler wird bei der Motivation, an einem DMP teilzunehmen, eine große Rolle zugeschrieben. Oftmals motiviert direkte Kommunikation mit Ärztinnen bzw. Ärzten, die den Nutzen des DMPs verdeutlicht, Patientinnen bzw. Patienten mehr, als passende Rahmenbedingungen.

Welche subjektiven Vorstellungen über die Vorteile und Nachteile des DMPs liegen vor?

Anhand der Interviews lässt sich zusammenfassen, dass die meisten der Patientinnen bzw. Patienten mehr Vor- als Nachteile von DMPs wahrnehmen. Sicherheit, Unterstützung bei der Erhaltung von Lebensqualität sowie Bequemlichkeit stehen im Vordergrund. Patientinnen bzw. Patienten, die bereits an einem strukturierten Versorgungsprogramm teilgenommen haben, berichten von dem zusätzlichen Versorgungsangebot sogar durchwegs positiv.

Patientinnen bzw. Patienten, die keinerlei Erfahrung mit DMPs haben, äußern jedoch auch Bedenken. Literatur im Bereich von DMPs zeigt, dass interne sowie externe Barrieren zur Teilnahme an einem DMP bestehen. So werden als interne Barrieren beispielsweise fehlende Zeit, unpassendes Alter/Gesundheitszustand und die verzerrte Wahrnehmung der chronischen Krankheit angeführt. Als Sorgen bezüglich eines DMPs für chronische Herzinsuffizienz kristallisieren sich in den Interviews die Bevormundung durch Gesundheitspersonal, der Eingriff ins Private, eine 0815-Behandlung sowie die intensive Beschäftigung mit der eigenen Krankheit, die als belastend wahrgenommen wird, heraus. Als externe Barrieren für eine Teilnahme werden in der Literatur hauptsächlich Zeitgründe angeführt (Fort et al., 2015). Die Interviews bestätigen dieses Ergebnis und führen es weiter aus, da Patientinnen bzw. Patienten berichten, dass Hindernisse an der Teilnahme vorwiegend zeitliche und gesundheitliche Gründe sowie mangelndes Interesse sind. Auch wird eine große Reisedistanz als Barriere angesehen, sich an einem DMP zu beteiligen. Das Angebot eines DMPs in Wohnortnähe scheint für die Teilnahme zentral zu sein.

Was sind zentrale Faktoren für die Motivation und Demotivation zur Teilnahme?

Zentrale Faktoren, die Patientinnen bzw. Patienten zur Teilnahme an einem DMP bewegen, sind das Gefühl von Fürsorge und Unterstützung (gesundheitlich und organisatorisch), die Wissensvermittlung über die Krankheit und die medizinische engmaschige Kontrolle über den Gesundheitszustand im Rahmen eines DMPs. Des Weiteren erhoffen sich Patientinnen bzw. Patienten, dass im Rahmen eines DMPs mehr auf die individuelle Situation der Patientinnen bzw. Patienten eingegangen wird und Gesundheitspersonal die Ressourcen hat, sich mehr Zeit für die Patientinnen bzw. Patienten zu nehmen.

Aus der Literatur ist des Weiteren abzuleiten, dass sich eine multidisziplinäre medizinische Zusammenarbeit im Rahmen eines DMPs motivierend auf die Patientinnen bzw. Patienten auswirkt (Ali et al., 2012). Die Nutzung von sozialen Netzwerken und personalisierter digitaler Technik (z.B. soziale Netzwerke, Smartphones, Internet) im Umgang mit der chronischen Krankheit stellen ebenso einen Motivationsfaktor dar (Ali et al., 2012; Tran & Sojobi, 2020). Zusätzlich erscheinen Peer-Support-Programme zielführend, die auf einer Zusammenarbeit in der Gruppe basieren (Aziz et al., 2018; Bandini et al., 2021). Die Interviews zeigen jedoch, dass Peer-Support-Elemente, wie beispielsweise Gruppensitzungen, von Patientinnen bzw. Patienten eher als Last statt als Unterstützung wahrgenommen werden. Patientinnen bzw. Patienten suchen sich ihre Ansprechpersonen, mit denen sie über ihre Krankheit sprechen möchten, lieber selbst aus.

Wie können sowohl die Awareness als auch das Empowerment der Patientinnen bzw. Patienten durch Kommunikations-Tools erhöht werden?

In der Literatur wird für Awareness und Empowerment der Patientinnen bzw. Patienten auf DMPs gesetzt, die die Community oder Familie aktiv miteinbinden. Es wird davon ausgegangen, dass ein funktionierendes soziales Umfeld positive Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten von chronisch kranken Patientinnen bzw. Patienten hat. Die Community (in Österreich: Gemeinde) kann hierzu laut Literatur einen großen Beitrag leisten, indem soziale Unterstützung intensiviert wird (Dunbar et al., 2008; Voils et al., 2011). Die qualitativen Interviews zeigen jedoch, dass die Meinungen von Patientinnen bzw. Patienten hierzu gemischt sind. Es werden gleichermaßen Vorteile, wie soziale Unterstützung, aber auch Nachteile, wie Desinteresse an Krankheitsgeschichten der anderen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, kein Mitleid erhaschen zu wollen, und Skepsis, dass das soziale Umfeld hier etwas verändern könnte, genannt.

Die Einbindung von Familienmitgliedern könnte laut Literatur im Rahmen eines DMPs eine große Unterstützung für Patientinnen bzw. Patienten darstellen, was wiederum zu einer erhöhten Motivation bei der Teilnahme führen könnte (Voils et al., 2011). Die Interviews bestätigen dieses Ergebnis. Patientinnen bzw. Patienten berichten überwiegend von einer unterstützenden Kraft im Umgang mit der CHI-Erkrankung, die sie von Familienmitgliedern erfahren.

Wie müssen Kommunikationsmöglichkeiten eingebunden werden, damit Patientinnen bzw. Patienten auch motiviert bleiben?

Bezüglich der Wirkung von Gesundheitsbotschaften ist aus der Literatur ableitbar, dass jene Botschaften, die von einer vertrauten Quelle kommen (z.B. Gesundheitspersonal) und die in einfacher Sprache kommuniziert werden, von Patientinnen bzw. Patienten am besten aufgenommen werden (Santa, 2013) – dies bestätigt sich auch in den Interviews. Patientinnen bzw. Patienten berichten, dass Kommunikations-Tools im Rahmen eines DMPs alleinig als eine gute Ergänzung zu Gesprächen mit den Ärztinnen bzw. Ärzten fungieren können, diese jedoch nicht ersetzen können. Trotz der Vielzahl an unterschiedlichen Kommunikations-Tools, die im Rahmen eines DMPs unterstützend zur direkten ‚Arzt-Patienten-Kommunikation‘ benutzt werden können, bevorzugen die meisten Patientinnen bzw. Patienten das direkte Gespräch aufgrund der persönlichen Beziehung und dem Vertrauen gegenüber der eigenen Ärztinnen bzw. Ärzte.

Der Einsatz von Smartphones im Rahmen eines DMPs gilt in der Literatur generell als praktisch (Alizadeh et al., 2020). Es wird jedoch auch berichtet, dass Patientinnen bzw. Patienten von der täglichen digitalen Eingabe ihrer gemessenen Gesundheitswerte überfordert sein können (Dang et al., 2019). Personen, die ohnehin technikaffin sind, können sich hingegen besonders enthusiastisch zeigen (Anttila et al., 2019). Die Interviews bestätigen diesen Befund, indem sie zeigen, dass die Mehrheit der Patientinnen bzw. Patienten im Umgang mit Smartphones nicht geübt und unsicher ist. Alleinig technikaffine Patientinnen bzw. Patienten sprechen sich für die Einbindung des Smartphones in DMPs aus.

Bei Betrachtung der Literatur lassen sich der soziale Vergleich, Feedback und Challenges als Strategien zur Gesundheitsförderung erkennen (Hamine et al., 2015; Knecht & Kenning, 2016; Mayberry et al., 2016). Dies wird anhand der Interviews bestätigt. So wird von Pati-

entinnen bzw. Patienten erwähnt, dass sich Gamification-Elemente, die in einer Smartphone-App im Rahmen eines DMPs inkludiert sind und den sozialen Vergleich fördern, motivierend auf Patientinnen bzw. Patienten auswirken könnten.

Des Weiteren deutet die Literatur darauf hin, dass postalische Aufforderungen keine Auswirkungen auf Präventionsverhalten oder Änderungen des Lebensstils von Herzpatientinnen bzw. -patienten hatten (Feder et al., 1999). Dagegen erscheinen Telefongespräche als am effizientesten, um regelmäßig mit Patientinnen bzw. Patienten in Kontakt zu treten und im Austausch zu bleiben (Som et al., 2017). In Einklang damit stehen die Ergebnisse der Interviews: Generell empfinden Patientinnen bzw. Patienten den telefonischen Kontakt mit Gesundheitspersonal – im Gegensatz zu postalischem Informationsmaterial – als angenehmer und praktischer, solange sich dieser in einem zeitlich akzeptierten Rahmen befindet.

Außerdem ist anhand der Literatur ersichtlich, dass Gesundheitstagebücher sowie Schulungsbüchlein das Wissen der Patientinnen bzw. Patienten über ihre Krankheit fördern und die Kommunikation mit Gesundheitspersonal verbessern (Leviton et al., 2019; Siddharthan et al., 2016; Winter & Rösner, 2019). Die Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten zeigen, dass das Führen von analogen Gesundheitstagebüchern bereits in den Alltag vieler Patientinnen bzw. Patienten integriert und der Nutzen dieser erkennbar ist. Die digitale Variante wird vorwiegend abgelehnt, da der Umgang mit Smartphones als Herausforderung angesehen wird. Schulungsbüchlein sollten verständlich und in einfacher Sprache entworfen sein. Vergleiche und Illustrationen werden von Patientinnen bzw. Patienten als besonders informativ empfunden. Jedoch wird Informationsmaterial, u.a. Schulungsbüchlein, von Patientinnen bzw. Patienten oftmals auch als „vergebene Liebesmüh“ eingeschätzt, da sie es oftmals einmal durchblättern und danach wegschmeißen.

4.2. Gesundheitspersonal

Was braucht das Gesundheitspersonal, um ein DMP erfolgreich umsetzen zu können?

Aus den Interviews ergibt sich, dass das Gesundheitspersonal in erster Linie über Rahmenbedingungen des DMPs informiert werden möchte. Die Voraussetzungen zur Teilnahme (z.B. technische Voraussetzungen, Softwarelösungen) sowie der zeitliche und bürokratische Aufwand müssen ersichtlich sein. Die Leitlinien des DMP, die Zielgruppe und das Therapieziel müssen klar definiert und kommuniziert werden. Therapieziele sollten in Form eines Benchmarkings auch direkt messbar sein können, um die Qualität zu sichern und den Austausch mit dem Kolleginnen- bzw. Kollegen-Netzwerk anzuregen. Ansprechpersonen und die Arbeitsteilung mit dem Pflegepersonal sollten ebenfalls schon im Vorhinein definiert sein. Zur Klärung dieser Fragen wünscht sich Gesundheitspersonal eine Schulung zu Beginn des DMPs.

Zusammengefasst sind benötigte Ressourcen zur Umsetzung eines DMPs für Gesundheitspersonal: Zeit, Personal, Vergütung, Kompetenz durch Weiterbildung, Räumlichkeiten und technische Ausstattung.

Welche Hürden, Sorgen sowie praktische und medizinische Bedenken bestehen?

Die Interviews zeigen, dass sich Gesundheitspersonal über die Sinnhaftigkeit eines DMPs für chronische Herzinsuffizienz einig ist. Bei Sichtung der Literatur kommen jedoch auch Hürden zum Vorschein, die eine Teilnahme an einem DMP für Gesundheitspersonal unat-

traktiv machen. Das Rollenverständnis von Ärztinnen bzw. Ärzte, die sich für die Primärversorgung und Prävention nicht zuständig fühlen, fehlende Ausbildung im Bereich DMPs, mangelnde Zeit für den Mehraufwand und mangelnde finanzielle Vergütung werden vom Gesundheitspersonal als Barrieren wahrgenommen, sich an einem DMP zu beteiligen (Diehl et al., 2015; Wändell et al., 2018). Die Interviews geben Aufschluss über die einzelnen Barrieren, die in der Literatur beschrieben werden. Finanzielle und zeitliche Ressourcen stellen auch in den Interviews eine Hürde zur Teilnahme dar. Bezüglich fehlender Zeitressourcen wird der Einsatz von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen, die verschiedene Aufgaben im Rahmen des DMPs übernehmen könnten, eingebracht (Smeets et al., 2019; van Steenkiste et al., 2007). Die Inklusion von beispielsweise Pflegepersonal, um zeitliche Ressourcen zu erhöhen, ist prinzipiell gewünscht, es wird jedoch befürchtet, dass pflegende Personen bei der Mitarbeit weder einen finanziellen Vorteil haben, noch eine Aufwertung des eigenen Kompetenzbereichs erfahren würden. In diesem Bereich erfordert es eine Abgrenzung und Aufwertung der Aufgaben sowie einen finanziellen Anreiz für das Pflegepersonal.

Die Unklarheit über Strukturen des DMPs wird als weitere Hürde in den Interviews ersichtlich. Neben unklaren Verantwortlichkeiten zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegerinnen bzw. Pflegern zeigt sich auch Konfliktpotenzial zwischen Kardiologinnen bzw. Kardiologen und Hausärztinnen bzw. Hausärzten. Die Aufgabenverteilung im Rahmen des DMPs ist laut Gesundheitspersonal zu uneindeutig definiert und muss verschärft werden.

Schlussendlich wird der Druck auf Ärztinnen bzw. Ärzte, bei Qualitätskontrollen des DMPs gut abzuschneiden, und somit kontrolliert und bewertet zu werden als Hürde an einem DMP teilzunehmen, vom Gesundheitspersonal in den Interviews angesprochen.

Welche Möglichkeiten sieht das Gesundheitspersonal, auch Patientinnen bzw. Patienten zur Teilnahme zu motivieren?

Anhand der Literatur wird ersichtlich, dass die größte Herausforderung bei der ‚Arzt-Patienten-Kommunikation‘ ist, die Motivation der Patientinnen bzw. Patienten für Therapien oder DMPs langfristig aufrecht zu erhalten (Rodriguez et al., 2014). In erster Linie schätzt das Gesundheitspersonal in den Interviews Patientinnen bzw. Patienten als intrinsisch motiviert ein, ihre chronische Krankheit besser in den Griff kriegen zu wollen. Die Kommunikation von Gesundheitspersonal mit Patientinnen bzw. Patienten, dass CHI eine chronische Erkrankung und durch die Teilnahme an DMPs eine bessere Lebensqualität möglich ist, wird als Motivator für Patientinnen bzw. Patienten angesehen. Die aktive Einbindung von Patientinnen bzw. Patienten in die Behandlung, wie z.B. der Hinweis auf Gesundheitstagebücher, trägt auch zu der Motivation bei.

Des Weiteren wird in der Literatur betont, dass die Definition von einem gemeinsamen Ziel, z.B. mit ‚Goal-Setting‘ strukturiert, ebenfalls zur Motivation der Patientinnen bzw. Patienten beiträgt (Burke & Fair, 2003). Dies wird in den Interviews bestätigt. Erfolgsmomente, wie eine Reduzierung der Medikation im Laufe des DMPs, gelten als zusätzlicher Anreiz für Patientinnen bzw. Patienten, der im Vorfeld kommuniziert und definiert werden kann.

Finanzielle Anreize, wie z.B. eine Verringerung der Rezeptgebühr oder Refundierung von Messgeräten, stellen eine weitere Möglichkeit dar, Patientinnen bzw. Patienten zu einem DMP zu motivieren.

Um DMPs zu bewerben und Patientinnen bzw. Patienten zu rekrutieren, sieht das Gesundheitspersonal die direkte Kommunikation mit den Patientinnen bzw. Patienten als effizientesten Weg an. Hierfür hat Gesundheitspersonal keine definierten Kommunikationstechniken, die Gespräche werden vielmehr vom Bauchgefühl und der Empathiefähigkeit des Gesundheitspersonals geleitet. Im Einklang mit den Ergebnissen der Interviews wird der Einsatz von u.a. Massenmedien in der Literatur als motivierend für Patientinnen bzw. Patienten beschrieben (Mittelmark et al., 1993). Weitere Möglichkeiten, Patientinnen bzw. Patienten zu der Teilnahme an einem DMPs zu motivieren, sind laut Gesundheitspersonal folgende: Patientinnen bzw. Patienten, die bereits Erfahrung mit einem DMP gemacht haben, zu positivem Word-of-mouth zu ermuntern, die individuelle Zusendung von postalischer Information zu intensivieren, Print-Informationsmaterial in Praxen aufzulegen, Servicesendungen in Massenmedien zu schalten sowie Information auf Social Media und Homepages, die für Patientinnen bzw. Patienten interessant sein könnten, zu verbreiten.

Welche Kommunikations-Tools können eingesetzt werden?

Aus der Literatur ist abzuleiten, dass Kommunikations-Tools wie beispielsweise Smartphones, postalische Zusendungen und Informationsmaterial (z.B. Schulungs-Büchlein) im Rahmen eines DMPs die Motivation von Patientinnen bzw. Patienten steigern können, an einem DMP teilzunehmen (Alizadeh et al., 2020; Bandini et al., 2021; Berra et al., 2009; Crengle et al., 2014; Feder et al., 1999; Sidebottom et al., 2021). Die Ergebnisse der Interviews mit Gesundheitspersonal bestätigt dies. Generell sehen Ärztinnen bzw. Ärzte die Nutzung dieser Materialien als positiv an. Insbesondere merken sie an, dass diese Materialien leicht verständlich und einheitlich gestaltet sein und auch bundesländerübergreifend verwendet werden sollen. Wenige, aber eindeutig formulierte Botschaften im Rahmen des DMPs, die in allen Materialien wiederholt werden, um Patientinnen bzw. Patienten oft daran zu erinnern, werden als zielführend angesehen. Dies steht in Einklang mit der Literatur, in der darauf hingewiesen wird, dass Gesundheitsbotschaften von DMPs repetitiv zu senden seien und das Hauptaugenmerk hierbei auf die Kommunikation der Ziele des Programmes gesetzt werden solle (Mittelmark et al., 1993).

Des Weiteren zeigt die Literatur, dass sich Gesundheitspersonal gegenüber Telemedizin mitunter skeptisch zeigt. Eine Steigerung des Workloads und eine Verminderung des persönlichen Kontaktes mit den Patientinnen bzw. Patienten sind die größten Sorgen (Granja et al., 2018; Leviton et al., 2019; Urowitz et al., 2012). Die Interviews deuten auf ähnliche Sorgen in Bezug auf Telemedizin hin. Fehlende technische Infrastruktur in ländlichen Regionen, fehlende Technik-Affinität bei älteren Patientinnen bzw. Patienten und der fehlende Gesamteindruck der Patientinnen bzw. Patienten, da der direkte Kontakt wegfällt, sind Gründe, warum Gesundheitspersonal Telemedizin kritisch gegenüber steht.

4.3. Allgemeine Bevölkerung

Da sich die Literatur, die mit der systematische Literaturanalyse gefunden wurde, wenig bis gar nicht mit der Wahrnehmung der allgemeinen Bevölkerung von DMPs beschäftigt, wird zur Beantwortung der Forschungsfragen alleinig auf die Ergebnisse der quantitativen Befragung zurückgegriffen.

Wie nimmt die breite Öffentlichkeit ein DMP für chronische Herzinsuffizienz sowie andere DMPs wahr?

DMPs sind der allgemeinen Bevölkerung nur vereinzelt ein Begriff – wenige Personen haben von DMPs überhaupt einmal etwas gehört. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der allgemeinen Bevölkerung lediglich ein geringes Bewusstsein, dass und wozu es DMPs gibt, besteht.

Was sind die Einstellungen zu und das Wissen über DMPs?

Das Wissen über DMPs in der allgemeinen Bevölkerung kann als nicht vorhanden bezeichnet werden. Nach einer Erklärung zu DMPs bewertet die allgemeine Bevölkerung diese generell als positiv und wirksam bei der Verbesserung der Lebensqualität und des Gesundheitszustandes von Patientinnen bzw. Patienten.

Welche Erwartungen und Ansprüche bestehen gegenüber dem DMP?

Die allgemeine Bevölkerung erwartet sich von einem DMP in erster Linie die Verbesserung des Gesundheitszustands, den Erwerb von Fähigkeiten im Umgang mit der eigenen Krankheit und die Versorgung durch ein fachübergreifendes Team. Diese Faktoren tragen auch zu einer Motivation der allgemeinen Bevölkerung bei, bei einem DMP teilzunehmen. Zudem erwartet sich die allgemeine Bevölkerung, dass im Rahmen eines DMPs ein Erfahrungsaustausch mit anderen Patientinnen bzw. Patienten stattfindet, umfassendere Informationen über die eigene Krankheit vermittelt werden, psychische Unterstützung angeboten wird und mehr persönlicher Kontakt zu den eigenen Ärztinnen bzw. Ärzten ermöglicht wird. Rekrutiert oder informiert will die allgemeine Bevölkerung in medizinischen Einrichtungen (wie in Krankenhäusern oder Praxen), Apotheken, Websites von Gesundheitseinrichtungen, oder Massenmedien, werden. Es wird erwartet, dass die entsprechenden Institutionen abgestimmt sind und allen rekrutierten Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern zeitnah ein Platz angeboten werden kann, um Frustration zu vermeiden. Zudem kann von der Befragung abgeleitet werden, dass E-Mails vom Gesundheitspersonal, die Arzttermine oder Appelle für gesundheitsförderndes Verhalten bzw. Informationen zur Krankheit beinhalten, erwünscht sind.

Würden Individuen aus der allgemeinen Bevölkerung die Teilnahme an einem DMP Angehörigen oder Bekannten empfehlen? (Warum Ja, warum Nein?)

Aufgrund der Beschreibung von DMPs tendiert die allgemeine Bevölkerung dazu, Angehörigen oder Bekannten die Teilnahme an einem passenden DMP zu empfehlen, wenn diese es benötigen würden, da sie davon ausgehen, dass ihre Erwartungen und Ansprüche erfüllt werden (siehe oben). Als Hürden an einer Teilnahme bzw. als Gründe, warum sie DMPs nicht weiterempfehlen würden, werden große Reisedistanzen, die verpflichtende Teilnahme an dem vollen Programm, vermehrter bürokratischer Aufwand und ein Mangel an flexibler Zeiteinteilung bzw. erhöhter Zeitaufwand genannt.

4.4. Journalistinnen bzw. Journalisten

Da im Rahmen der systematischen Literaturanalyse keine wissenschaftlichen Befunde zu Journalismus und DMPs ausfindig gemacht wurden, werden die Forschungsfragen vorwiegend anhand der qualitativen Interviewergebnisse beantwortet.

Welche Sichtweise haben Journalistinnen bzw. Journalisten auf DMPs im Allgemeinen und speziell auf das DMP in Österreich?

Journalistinnen bzw. Journalisten sind mit strukturierten Behandlungsprogrammen, vor allem für chronische Herzinsuffizienz, generell eher wenig vertraut. Der Begriff „DMP“ ist ihnen nicht bekannt – Das Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ kennen sie jedoch. Mit „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ hatten sie fast alle schon einmal Kontakt im Zuge ihrer journalistischen Arbeit. Prinzipiell finden Journalistinnen bzw. Journalisten die Idee eines DMPs interessant und würden ihr gerne mehr journalistische Aufmerksamkeit zuwenden.

Was sind die Vorstellungen der Journalistinnen bzw. Journalisten, wie DMPs effektiv an die jeweiligen Zielgruppen kommuniziert werden können?

In den Interviews mit Journalistinnen bzw. Journalisten wird ersichtlich, dass vorrangig der Nutzen des DMPs journalistisch in den Vordergrund gestellt werden sollte, um DMPs effektiv an Rezipientinnen bzw. Rezipienten zu vermitteln. Hierbei kann es sich um den Nutzen des DMPs für die Zielgruppe des Mediums selbst handeln oder aber auch für Angehörige von Betroffenen.

Wie wurde bisher über die Einführung von DMPs journalistisch berichtet?

Generell verlassen sich Journalistinnen bzw. Journalisten bei ihrer Berichterstattung über strukturierte Behandlungsprogramme auf Informationen zu Gesundheitsthemen (wie z.B. DMPs), die ihnen von PR-Agenturen von verschiedenen Gesundheitsinstitutionen zugeschickt werden sowie Informationen, die sie über Newsletter von Gesundheitsinstitutionen und Universitäten zugeschickt bekommen. Zusätzlich erfolgt die Recherche über Websites von Gesundheitsorganisationen. Diese Informationen werden dann in einem journalistischen Beitrag verarbeitet.

Journalistinnen bzw. Journalisten berichten in den Interviews, dass sie über strukturierte Behandlungsprogramme generell akkurat, sachlich und informativ berichten sowie versuchen, die Komplexität des Themas für die Rezipientinnen bzw. Rezipienten zu reduzieren. Hier gibt es jedoch eine Ausnahme: Print- und TV-Journalistinnen bzw. -Journalisten orientieren sich bei der journalistischen Berichterstattung über strukturierte Behandlungsprogramme weniger an Fakten und Zahlen, sondern vielmehr an persönlichen Schicksalen und Erfahrungen Betroffener. Expertinnen bzw. Experten werden zusätzlich herangezogen, was auch als effektive Strategie in der Literatur beschrieben wird, denn hohe Glaubwürdigkeit der Quelle beeinflusst die Wahrnehmung von Rezipientinnen bzw. Rezipienten positiv (Brenner, 2002). Des Weiteren setzen sie auf konkrete und schlüssige Zitate der Beteiligten und binden hochwertiges und authentisches Bildmaterial in die Berichte ein. Überschriften werden kurz und pointiert gestaltet und Infoboxen, die wichtige Informationen beinhalten, werden zur Veranschaulichung eingebunden. Journalistische Beiträge über DMPs haben meist einen lokalen Bezug.

Was sind Anlässe und Motivationen zur Berichterstattung über das DMP und welche Informationen werden hierfür benötigt?

Journalistinnen bzw. Journalisten berichten in den Interviews, dass Berichterstattungen über DMPs daueraktuell und relevant wären. Sie sammeln laufend Informationen, die zu einem späteren Zeitpunkt zu einem Bericht zusammengefasst werden können, dies würden sie auch bei DMPs tun. Oftmals werden gewisse mediale Anlässe herangezogen, um Gesundheitsthemen journalistisch in den Vordergrund zu stellen (z.B. „Awareness Days“ oder Medienswerpunkte wie „Bewusst Gesund“ im ORF), dies würden sie auch bei DMPs

anwenden. Auch die Neueinführung eines DMPs würde einen Anlass darstellen, darüber zu berichten. Die Einbeziehung von Prominenten wird im Rahmen der Berichterstattung über DMPs als journalistisches Element für geeignet empfunden. Dies steht in Einklang zur Literatur, in der ersichtlich wird, dass Programmerfolg eine sichtbare Unterstützung von Meinungsführenden wie Prominenten erfordert (Walsh et al., 1993). Zusätzlich bevorzugen Journalistinnen bzw. Journalisten den Winter als Jahreszeit für Gesundheitsthemen. Grund: Negative Themen wie Krankheiten werden im Sommer vermieden. Dies wäre auch bei DMPs der Fall.

5. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ERFOLGREICHE KOMMUNIKATION VON DMPs

Nachdem diese Studie einen Überblick über die Wahrnehmungen und Anforderungen der anfänglich definierten Zielgruppen zu Kommunikation/Marketing von DMPs geschaffen hat, werden im letzten Schritt Empfehlungen für ein Kommunikationskonzept abgeleitet. Dieses bezieht sich konkret auf eine strategische kommunikative Begleitung der Einführung des DMPs, die durch die ÖGK gestaltet würde, um Patientinnen bzw. Patienten und Gesundheitspersonal zu motivieren an diesem DMP teilzunehmen. Nicht Teil dieses Konzeptes sind strukturelle Aspekte der DMP-internen Kommunikation, die im Bericht analysiert wurden, um einen ganzheitlichen Blick auf alle kommunikativen Aspekte zu werfen. Diese können allerdings eher der Ausgestaltung des DMP zugeordnet werden als der begleitenden strategischen Kommunikation dazu. Hierzu gehören beispielsweise ‚Arzt-Patienten Kommunikation‘, finanzielle Anreizsysteme für Ärztinnen bzw. Ärzte und Patientinnen bzw. Patienten, die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, Benchmarking oder die Einführung technologiebasierter Kommunikation.

Ziel dieses Konzeptes ist es somit, klare strategische Leitlinien für den Auftraggeber zu formulieren, um seine Kommunikationsarbeit in der Einführung des DMP CHI zu gestalten.

5.1. Kommunikationskonzept

In einem ersten Schritt wird die Ausgangssituation skizziert, in der das Kommunikationskonzept entworfen wird. Die kommunikativen Maßnahmen, die geplant sind, richten sich an vier unterschiedliche Zielgruppen, die im Kommunikationsprozess unterschiedliche Rollen einnehmen (siehe Abbildung 9).

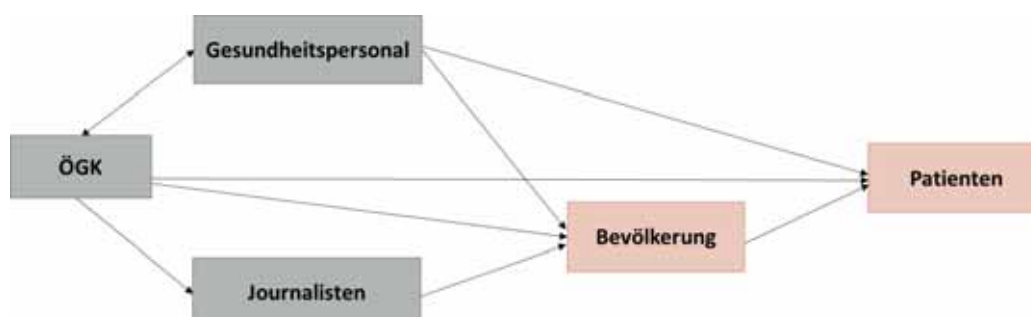


Abbildung 9: Zielgruppen der kommunikativen Maßnahmen

Die kommunikativen Maßnahmen haben somit unterschiedliche Zielsetzungen bei den einzelnen Zielgruppen und differenzieren sich je nachdem in welcher Rolle die Zielgruppe auftritt. Das Gesundheitspersonal wird in einer Doppelrolle behandelt. Einerseits soll es selbst

angesprochen werden, um über DMPs informiert zu sein und motiviert zu werden, diese mitzutragen und durchzuführen. Andererseits nimmt das Gesundheitspersonal eine Gatekeeper-Rolle ein, da Patientinnen bzw. Patienten es als Vertrauensperson sehen und eher an einem DMP teilnehmen, wenn dieses von Gesundheitspersonal empfohlen wird. Zweitens werden Journalistinnen bzw. Journalisten kontaktiert und über das DMP informiert, um Interesse über das DMP zu wecken und eine Berichterstattung zu inspirieren. Sie nehmen hauptsächlich eine Gatekeeper-Rolle ein, da durch aktive Pressearbeit Informationen zu DMPs leichter an die breite Bevölkerung weitergegeben werden können. Drittens wird direkt vom Auftraggeber an Patientinnen bzw. Patienten und die allgemeine Bevölkerung kommuniziert. Dies soll unter anderem ermutigen, dass die allgemeine Bevölkerung, also Angehörige, Freundinnen bzw. Freunde, Bekannte, Arbeitskolleginnen bzw. -kollegen usw. von potentiellen und bereits diagnostizierten Patientinnen bzw. Patienten an diese kommunizieren.

Um der Diversität der Zielgruppen und deren unterschiedlichen Wissensständen und Motivationen zu CHI sowie DMPs Rechnung zu tragen, sind die geplanten Kommunikationsmaßnahmen in einem zeitlich versetzten Kommunikationsprozess angedacht. Die einzelnen Schritte sind in Abbildung 10 ersichtlich und werden in Folge näher erläutert.

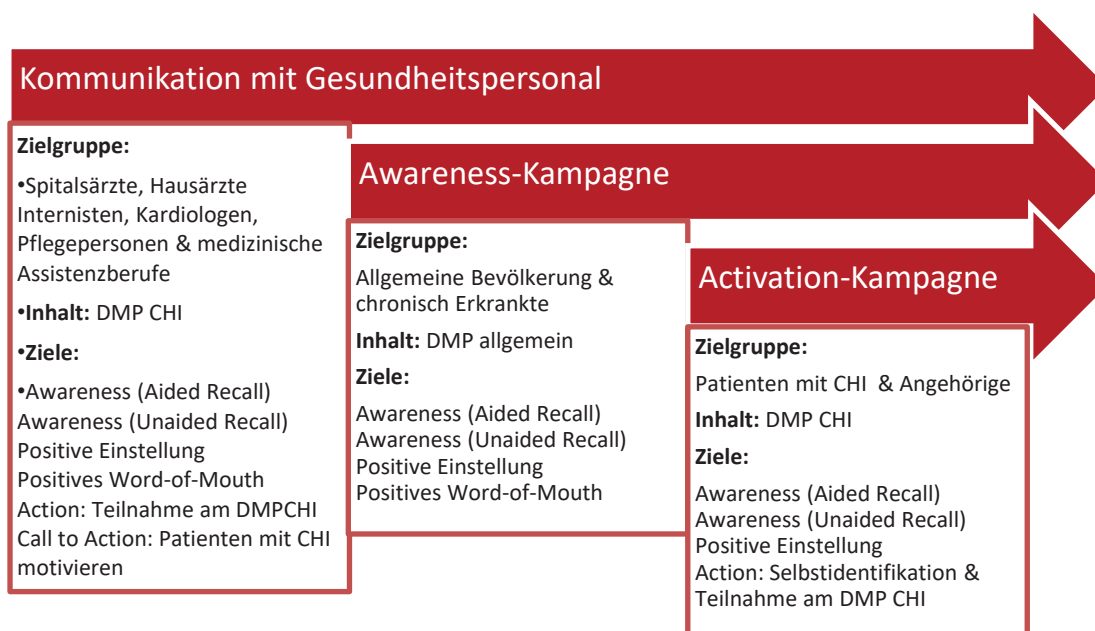


Abbildung 10: Zeitlich versetzter Kommunikationsprozess

5.1.1. Schritt 1: Kommunikation mit Gesundheitspersonal

Der erste Schritt in der kommunikativen Begleitung des nationalen DMP für CHI ist die Gewinnung von Gesundheitspersonal für die Teilnahme und Bewerbung des DPM CHI. Aus der systematischen Literaturanalyse und den Interviews mit Gesundheitspersonal können Empfehlungen bezüglich Zielgruppe, Kommunikationskanäle, Kommunikationsinhalte, Kommunikations-Tools, Zielen und Zeitpunkt der Kommunikation, abgeleitet werden. Diese werden folglich dargestellt.

Zielgruppe: Aus der Literatur, den Interviews und der Befragung wird ersichtlich, dass eine wohnortnahe, hausarztzentrierte Versorgung im Rahmen des DMPs angestrebt werden sollte. Somit sollte der niedergelassene Bereich (z.B. Hausärztinnen bzw. Hausärzte, Internistinnen bzw. Internisten, Kardiologinnen bzw. Kardiologen) sowie Spitalsärztinnen bzw. Spitalsärzte für die Kommunikationsarbeit die Zielgruppe sein. An Ärztinnen bzw. Ärzte sollten die Motivatoren und Verantwortlichkeiten, die ihnen im DMP zukommen, klar kommuniziert werden. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe in der niedergelassenen Versorgung direkt angesprochen werden sollten, um die intrinsische Motivation zu fördern. Hier besteht bereits hohe Aufgeschlossenheit.

Kommunikationskanäle: Um Ärztinnen bzw. Ärzte, Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe anzusprechen, sollten besonders zwei Kanäle genutzt werden: Medizinische Medien (z.B. Arzt in Wien, medinLive) und Informations- bzw. Vernetzungstreffen. In Österreich bestehen einige medizinische Medien, die sich zielgerichtet an Ärztinnen bzw. Ärzte richten und diese über Neuerungen informieren. Ebenfalls gibt es Standesmedien für Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe. Die entsprechenden Journalistinnen bzw. Journalisten gehen vom Interesse in der Zielgruppe aus und zeigen auch Bereitschaft, das Thema aufzunehmen. Es gibt hier sowohl die Möglichkeit, Online-Medien (z.B. Newsletter) als auch Printmedien einzusetzen.

Des Weiteren wurde in dieser Studie ersichtlich, dass Informations- und Vernetzungstreffen von Gesundheitspersonal als sehr positiv aufgenommen werden. Dies kann am Beispiel von „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ gesehen werden. Momentan ist das Bedürfnis nach persönlichen Treffen zum Austausch sehr hoch. Somit können Informationsabende als gute Möglichkeit genutzt werden, um die Vorteile einer DMP-Teilnahme gezielt zu kommunizieren.

Hierbei sollte auch die Möglichkeit der telefonischen Direktansprache von Seiten der ÖGK genutzt werden, um Ärztinnen bzw. Ärzte, Pflegepersonen und medizinische Assistenzberufe zu Informations- und Vernetzungsabenden einzuladen. Besonders bei Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen sollte die von der ÖGK angebotene DMP Schulung in der Direktansprache beworben werden. Ist ein Plateau an Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern erreicht, könnte die Einbindung von Informationsveranstaltungen zu DMP in das System der Fortbildungspunkte vorteilhaft sein.

Von postalischen Zusendungen und gedrucktem Informationsmaterial zu DMPs, das sich an Ärztinnen bzw. Ärzte richtet, wird abgesehen, da diese darauf eher skeptisch reagieren.

Kommunikationsinhalte: Die Benennung der strukturierten Behandlungsprogramme als „Disease-Management-Programm“ wird vom Gesundheitspersonal skeptisch gesehen, da es wenig eingängig ist. Deutschsprachige, kürzere Namen wie „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ oder „HerzMobil“ in den einzelnen Bundesländern haben einfacher Bekanntheit erlangt und sind leichter zu erinnern. Eine eingängigere Benennung neuer nationaler DMPs ist zu empfehlen.

Literatur und qualitative Interviews deuten darauf hin, dass sich die Kommunikation an Hausärztinnen bzw. Hausärzte auf die folgenden drei Kernthemen konzentrieren sollte:

- **Qualitätskontrolle:** Diesem Thema stehen Ärztinnen bzw. Ärzte gespalten gegenüber, was die Möglichkeit erschafft, Qualitätskontrollen positiv aufzuladen und die

Vorteile kommunikativ zu betonen. Die Vorteile der Steigerung der Qualität durch Standardisierung von Behandlungen und Weiterbildung im Krankheitsbild müssen hervorgehoben werden. Die Angst vor Kontrolle „von oben“ sollte durch den Fokus auf Feedbackprozesse und Benchmarking ersetzt werden. Benchmarking wiederum sollte genutzt werden, um das Netzwerk und den Austausch im Rahmen des DMPs kommunikativ zu betonen, beispielsweise durch Berichte oder Vernetzungsabende.

- Zeitaufwand: Der zu erbringende Aufwand kann durch Kommunikation der Steigerung der Versorgungsqualität und ‚Patienten-Arzt-Beziehung‘ positiv umgepolzt werden. Durch eine klare Fokussierung auf die Vorteile eines DMPs kann die Sorge vor übergehendem bürokratischem Aufwand geschmälert werden.
- Rolle von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen: Ärztinnen bzw. Ärzten soll die Rolle von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen in DMPs nähergebracht werden. Es sollte klar festgehalten werden, welche Aufgaben und Kompetenzen Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen zufallen und wie sie Ärztinnen bzw. Ärzte entlasten können. Vice versa sollten Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen die Vorteile einer Qualifikation zur DMP-Durchführung kommuniziert werden.

Kommunikations-Tools: Auf zwei Kommunikations-Tools sollte ein besonderes Augenmerk gelegt werden: Diagnose-Softwarelösungen und Informationsmaterial, das Ärztinnen bzw. Ärzte an Patientinnen bzw. Patienten ausgeben können. Vergleichbar zu „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wurde vom medizinischen Personal eine Softwarelösung zur Identifizierung der Patientinnen- bzw. Patientenzielgruppe als wünschenswert betrachtet. Diese beinhaltet durch Standardisierung Vorteile bei der Rekrutierung, denn sie spart den Ärztinnen bzw. Ärzten Zeit. Insgesamt ist jedoch anzumerken, dass Standard-Diagnose-Tools kritisch gesehen werden. Ärztinnen und Ärzte wünschen, dass ihre subjektive medizinische Beurteilung hier mehr einfließt.

Kommunikationsmaterial, das von Gesundheitspersonal an Patientinnen bzw. Patienten überreicht werden kann, wird von Gesundheitspersonal als positiv eingeschätzt. Dementsprechend sollte Ärztinnen bzw. Ärzte Informationsmaterial zu DMPs zur Verfügung gestellt werden, um es gezielt an passende Patientinnen bzw. Patienten weitergeben zu können. Damit können sich Patientinnen bzw. Patienten besprochene Themen in Erinnerung rufen oder wichtige Information an Angehörige und Bezugspersonen weitergeben. Es wird empfohlen, Broschüren und Flyer zu produzieren, die Ärztinnen bzw. Ärzte gezielt an Patientinnen bzw. Patienten und Angehörige oder Bezugspersonen austeilten können.

Ziele: Die Durchführung der Kampagne sollte zu folgenden Zielen führen (vom Mindestziel 1 zum finalen Ziel 5):

1. Awareness (Aided Recall): Das Gesundheitspersonal ist sich des DMP CHI bewusst, wenn es aufgrund der beschriebenen Kanäle und Tools erinnert wird.
2. Awareness (Unaided Recall): Das Gesundheitspersonal ist sich jederzeit des DMP CHI bewusst.
3. Positive Einstellung: Das Gesundheitspersonal hat im Allgemeinen eine positive Einstellung zum DMP CHI.
4. Positives Word-of-Mouth: Das Gesundheitspersonal spricht positiv über das DMP CHI, beispielsweise bei Informations- oder Vernetzungstreffen.
5. Action: Das Gesundheitspersonal entscheidet sich für eine Teilnahme am DMP CHI.

6. Call to Action: Das Gesundheitspersonal fordert potenzielle Patientinnen bzw. Patienten aktiv dazu auf, am DMP CHI teilzunehmen und verteilt Informationsmaterial hierzu.

Die Erreichung der Ziele könnte anhand einer Umfrage bzw. den Teilnahmezahlen evaluiert werden.

Zeitpunkt der Kommunikation: Die Kommunikationsarbeit für ein DMP CHI kann bereits zum jetzigen Zeitpunkt gestartet werden, denn ein wichtiger Schritt, nämlich die Einbindung des Gesundheitspersonals in die Gestaltung des DMPs, wurde u.a. in dieser Studie vorgenommen. Indem ergründet wurde, wie sich das Gesundheitspersonal ein DMP CHI vorstellt und wie es dieses gestalten würde, hat die Kommunikationsarbeit schon begonnen. Sobald die konzeptuelle Arbeit abgeschlossen ist, sollte die Kommunikation via zielgruppenspezifischer Medien und Netzwerkveranstaltungen für Gesundheitspersonal gestartet werden. Für eine Übersicht der Eckpfeiler der Kommunikationsarbeit mit Gesundheitspersonal, siehe Abbildung 11.



Abbildung 11: Eckpfeiler der Kommunikationsarbeit für Gesundheitspersonal

5.1.2. Schritt 2: Awareness-Kampagne

Wie erhoben werden konnte, ist die Awareness über DMPs in der allgemeinen Bevölkerung sehr gering. Awareness, was DMPs sind, welchen Nutzen sie haben und welche es in Österreich gibt, muss jedoch die Grundbasis für eine spezifischere Kampagne zu einem DMP für CHI bilden. Dementsprechend wird eine breitangelegte Kampagne, die auf einem weniger komplexen Inhalts- und Sprachniveau angesiedelt ist, empfohlen, um der Bevölkerung Basiswissen über DMPs zu vermitteln. Im Rahmen dieser Kampagne tritt die Zielgruppensegmentierung in den Hintergrund, da es sich um grundlegende Informationen handelt, die positiv vermittelt werden sollen.

Zielgruppe, Kommunikationskanäle, Inhalte, Ziele und Zeitpunkt der Kommunikation werden folglich diskutiert.

Zielgruppe: Die Zielgruppe dieser Informationskampagne ist die allgemeine Bevölkerung. Ziel ist es, den Begriff DMP (oder einen alternativen Begriff) zu etablieren. Wie im Erfolgs-

modell „Mutter-Kind-Pass“, sollte die allgemeine Bevölkerung eine grundlegende Vorstellung davon haben, was ein strukturiertes Behandlungsprogramm ist und eine positive Einstellung zu dieser Versorgungsform haben. Dies ermöglicht es in Folge über Word-of-Mouth der allgemeinen Bevölkerung (die laut Studiendefinition auch Angehörige, Freundinnen bzw. Freunde, Bekannte von Patientinnen bzw. Patienten enthält) auch chronisch Erkrankte über dieses Behandlungsformat zu informieren. Auch chronisch Erkrankte selbst, können diese Kampagne natürlich rezipieren und bereits einen Informationsstand zu DMPs entwickeln.

Kommunikationskanäle: Eine breit angelegte Informationskampagne sollte in klassischen Medien und Online-Medien integriert werden, um Synergien zwischen beiden Kanälen (z.B. Inserat in Print und Online-Version einer Tageszeitung) herzustellen. Zusätzlich sollten Medien angesprochen werden, die kurze, informative Beiträge publizieren, um die allgemeine Bevölkerung nicht zu überfordern, aber dennoch die Basisinformation zu vermitteln. Hierbei könnten PR-Agenturen Journalistinnen bzw. Journalisten Presseaussendungen mit Infoboxen, aussagekräftigen Zitaten, passendem Bildmaterial, und weiterführenden Links zur Verfügung stellen, damit diese das Thema in ihren Berichterstattungen adäquat behandeln können. Als weniger effektiv wird eine Kampagne über postalische Zusendungen oder Social Media eingeschätzt.

Kommunikationsinhalte: Die Kampagne sollte sich auf DMPs im Allgemeinen konzentrieren und noch nicht auf eine spezifische Krankheit, um für eine möglichst breite Gruppe relevant zu sein. Einerseits ist es ein großer finanzieller Aufwand, eine breite Zielgruppe anzusprechen, andererseits wird somit Awareness in der breiten Bevölkerung geschaffen und hoffentlich eine positive Einstellung hervorgerufen.

Vier Aspekte von DMPs sollten in einer breiten Informationskampagne speziell betont werden, da diese in der Umfrage als besonders positiv empfunden wurden. Erstens, die bundesweite, wohnortnahe Unterstützung durch niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte. Dies ist von hoher Bedeutung, da diese Studie aufzeigt, dass Reisedistanz eine große Hürde für Personen darstellt, an DMPs teilzunehmen. Auch wird es als sehr frustrierend wahrgenommen, wenn Programme (z.B. im Rahmen einer Reha) zwar vorgestellt, in der Nähe der Wohnorte der Betroffenen allerdings nicht angeboten werden. Zweitens, die Möglichkeit im Rahmen des DMPs, die eigene Gesundheitskompetenz zu schulen. Drittens, die Möglichkeit der Einbindung der Familie in DMPs, wodurch Betroffene zusätzlich unterstützt werden. Familienmitglieder oder Bezugspersonen haben hierbei die Chance, von Schulungen im Rahmen des DMPs zu profitieren und Fähigkeiten zu erlernen, wie sie betroffene Angehörige im Alltag strukturierter unterstützen und auch zur Therapieeinhaltung motivieren können. Es wäre hierbei auch in der Ausgestaltung der Kampagne eine Möglichkeit, den Fokus bestimmter Botschaften direkt auf Angehörige, Freundinnen bzw. Freunde sowie Arbeitskolleginnen bzw. -kollegen von chronisch Erkrankten zu richten und auszuführen, wie diese in ein DMP eingebunden werden können und auch selbst durch ein DMP unterstützt werden. Viertens, die Möglichkeit mit multidisziplinären Teams, u.a. mit Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen, zu interagieren und mehr Zeit für eine persönliche Beziehung mit dem Gesundheitspersonal zu haben.

Wichtig ist, dass auf eine Formulierung der Leitsätze der Awareness Kampagne in einfacher Sprache geachtet wird, damit die Botschaften, unabhängig der individuellen Gesundheits-

kompetenz, verstanden werden. Wie in Abschnitt 3.1.2 ausgeführt, sind bei der Formulierung der Botschaften besonders gewinn-orientierte Botschaften und soziale Vergleiche vorteilhaft.

Auf Basis der Erkenntnisse dieser Studie, wird davon abgeraten, Aspekte eines DMPs, die bei der allgemeinen Bevölkerung auf Skepsis stoßen, kommunikativ in der Awareness Kampagne zu behandeln. Solche Aspekte sind z.B. DMPs mit Einbezug der Community oder der Einsatz von Telemonitoring im Rahmen von DMPs.

Ziele: Die Ziele, die bei dieser Kampagne verfolgt werden, sind folgende, wobei das übergeordnete Ziel, wie der Name bereits sagt, in der Awareness liegen sollte. Es muss jedoch bemerkt werden, dass die Umfrage gezeigt hat, dass bereits wenige Informationen über DMPs eine positive Einstellung bei Rezipientinnen bzw. Rezipienten auslösen können. Die Ziele 3 und 4 sind somit ambitioniert, jedoch nicht unrealistisch.

1. Awareness (Aided Recall): Die Bevölkerung ist sich der grundlegenden Struktur und des Nutzens von DMPs bewusst, wenn sie daran erinnert werden (z.B. durch ein Plakat)
2. Awareness (Unaided Recall): Die Bevölkerung ist sich jederzeit der grundlegenden Struktur und des Nutzens von DMPs bewusst.
3. Positive Einstellung: Die Bevölkerung hat eine positive Einstellung zu DMPs.
4. Positives Word-of-Mouth: Die Bevölkerung spricht positiv über DMPs.

Die Erreichung der Ziele könnte anhand einer Umfrage evaluiert werden.

Zeitpunkt der Kommunikation: Um Frustration bei Personen zu verhindern, die bei Hausärztinnen bzw. Hausärzten Informationen zu DMPs einholen bzw. mitmachen wollen und nicht können, da nicht alle an DMPs beteiligt sind, sollte die Awareness-Kampagne erst gestartet werden, nachdem die Strukturen des DMPs bereits geschaffen, Verantwortlichkeiten definiert, und ein Ärztinnen- bzw. Ärztenetzwerk geschaffen ist. Auch sollte das Thema in den Herbst- oder Wintermonaten bearbeitet werden, da die Grundstimmung für Gesundheitsthemen in diesen Monaten bei Journalistinnen bzw. Journalisten offener ist und somit vermehrt mit medialer Unterstützung gerechnet werden kann. Für eine Übersicht der Eckpfeiler der Awareness-Kampagne, siehe Abbildung 12.

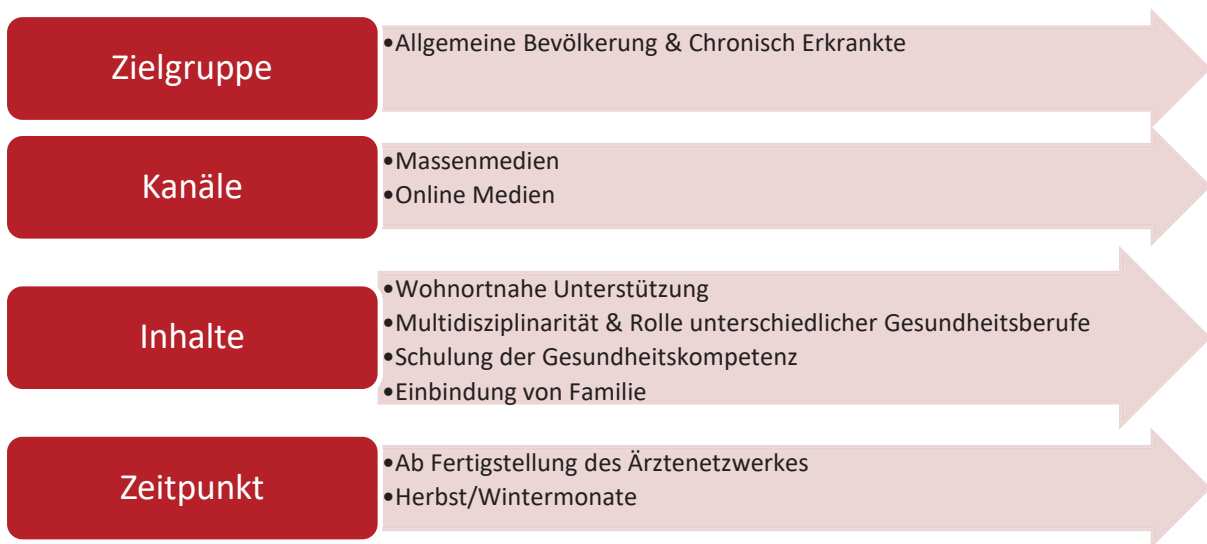


Abbildung 12: Eckpfeiler der Kommunikationsarbeit für die allgemeine Bevölkerung (inkl. chronisch Erkrankte)

5.1.3. Schritt 3: Activation-Kampagne

Als dritter Schritt soll die Zielgruppe der Patientinnen bzw. Patienten mit CHI angesprochen werden. Diese sollen zu einer Teilnahme an DMPs motiviert werden. Um eine Aktivierung der Patientinnen bzw. Patienten zu erreichen, müssen sich die Patientinnen bzw. Patienten selbst als Zielgruppe des DMPs identifizieren und eine positive Einstellung gegenüber DMPs haben. Sie müssen folglich wissen, dass sie an CHI leiden, über die Teilnahmemöglichkeit an dem DMP für CHI informiert und positiv eingestellt sein, um sich in Folge aktiv für eine Teilnahme am DMP bei ihren Ärztinnen bzw. Ärzten zu melden. Auf die Zielgruppe, die Kommunikationskanäle, Kommunikationsinhalte, Ziele und den Zeitpunkt der Kommunikation wird folglich näher eingegangen.

Zielgruppe: Die Zielgruppe dieser Kommunikationsmaßnahme sind in erster Linie Patientinnen bzw. Patienten, die bereits mit CHI diagnostiziert, jedoch noch nicht über die Möglichkeit eines DMP aufgeklärt wurden oder hierzu noch keine ausreichend positive Einstellung haben. In dieser Kampagne sollte die Zielgruppe segmentiert werden, um einen möglichst großen Effekt zu erreichen. Wie in Abschnitt 3.1.3.1 vorgestellt, gibt es eine Vielzahl von Variablen, an denen die Zielgruppe segmentiert werden kann wie z.B. Geschlecht, Bildungsstand, Migrationshintergrund oder Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit. Dementsprechend sollten diverse Kanäle kontaktiert und mit angepassten Inhalten bespielt werden. Im weiteren Sinne könnten hier auch Angehörige angesprochen werden, da diese bei der Vermittlung von Patientinnen bzw. Patienten an DMPs oftmals eine große Rolle spielen.

Kommunikationskanäle: Um sich an diese Zielgruppe zu richten, sollten Medizinjournalistinnen bzw. -journalisten kontaktiert werden, die für thematisch zugeschnittene Medien Inhalte produzieren (z.B. Servicesendungen im TV oder Print-Beilagen zum Thema Gesundheit). Zusätzlich könnte PR-Arbeit betrieben werden, um Journalistinnen bzw. Journalisten zu inspirieren, Berichterstattungen über DMPs zu erstellen und zu publizieren, in denen auch komplexere Inhalte aufgearbeitet werden können. Bei der Activation Kampagne wird von postalischen Zusendungen, Berichterstattung in breitgefächerten Massenmedien und Social Media abgeraten.

Kommunikationsinhalte: Die PR-Kampagne sollte sich inhaltlich auf den Nutzen konzentrieren, der von einem DMP für Patientinnen bzw. Patienten mit CHI und ihre Angehörigen ausgeht. Aufgrund der Leitfadeninterviews, die im Rahmen dieser Studie durchgeführt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass Patientinnen bzw. Patienten der CHI im Mittel nur mittelmäßig über ihre Krankheit informiert sind. Um diese Patientinnen bzw. Patienten dennoch wirkungsvoll mit Gesundheitsbotschaften anzusprechen, sollten diese gewinnorientiert gestaltet werden. Aus diesem Grund ist die Betonung von dem Nutzen, den Patientinnen bzw. Patienten durch DMPs haben, in Gesundheitsbotschaften besonders hervorzuheben. Hierzu zählt die erhöhte Versorgungsqualität, strukturierter Kontakt mit Gesundheitspersonal und die erhöhte Kontrolle der Erkrankung. Falls im Rahmen des DMPs zusätzliche Anreize, wie beispielsweise finanzieller Art, angedacht sind, sollten diese klar kommuniziert werden. Der organisatorische Aufbau sollte transparent sein sowie verständlich kommuniziert werden, um die Angst vor überbordendem Zeitaufwand und Kontrolle bzw. Kontrollverlust auf Seiten der Betroffenen abzubauen.

Zuletzt können persönliche Schicksale beleuchtet und Expertinnen bzw. Experten eingesetzt werden, um dem Programm ein Gesicht und somit etwas Persönlicheres zu verleihen. Hier sei konkret auf die Interviews der sechs Medizinjournalistinnen bzw. -journalisten in dieser Studie verwiesen, in der die konkrete Medienarbeit anhand von Anlässen, Hintergrundgesprächen, Kontakt mit Ansprechpartnern und PR-Aussendungen im Detail beschrieben wurde (siehe Abschnitt 3.2.3).

Kommunikations-Tools: Parallel zur Medienarbeit sollte Informationsmaterial über das Ärztinnen- bzw. Ärztenetzwerk und Interessensverbände, an Patientinnen bzw. Patienten ausgegeben werden. Dies kann in Printform erfolgen, aber auch online auf Websites zu DMPs dargestellt werden.

Ziele:

1. Awareness (Aided Recall): Patientinnen bzw. Patienten sind sich bewusst, dass es ein DMP CHI gibt, wenn sie daran erinnert werden.
2. Awareness (Unaided Recall): Patientinnen bzw. Patienten sind sich jederzeit des DMP CHI bewusst.
3. Positive Einstellung: Patientinnen bzw. Patienten haben eine positive Einstellung zum DMP CHI.
4. Action: Patientinnen bzw. Patienten sind sich bewusst, dass sie die Zielgruppe des DMP CHI sind und nehmen daran teil.

Die Erreichung der Ziele könnte anhand einer Umfrage bzw. den Teilnahmezahlen evaluiert werden.

Kommunikationszeitpunkt: Die Activation-Kampagne sollte mit Fertigstellung der Awareness-Kampagne geplant werden, um bereits die positiven Effekte der ersten Kampagne nutzen zu können. Die Activation-Kampagne, mit dem Fokus auf ein DMP CHI, sollte auf der Wissensbasis von strukturierten Behandlungsprogrammen aufbauen, die in der Awareness Kampagne vermittelt wurde. Ebenfalls sollte die Activation-Kampagne in den Herbst- oder Wintermonaten gestartet werden, da hier mit größerer medialer Unterstützung der Journalistinnen bzw. Journalisten gerechnet werden kann. Wie von den Journalistinnen bzw.

Journalisten erläutert, kann dies sehr gut im Rahmen eines besonderen Ereignisses stattfinden wie z.B. einem Awareness-Tag. Hierzu kommt u.a. der Weltherztag am 29. September oder der Wandertag der AG Herzinsuffizienz infrage.

In Abbildung 13 sind die Eckpfeiler der Activation-Kampagne in einer Übersicht dargestellt.



Abbildung 13: Eckpfeiler der Kommunikationsarbeit für Patientinnen bzw. Patienten

6. VERZEICHNISSE

6.1. Literaturverzeichnis

- Abu Seman, R. A., Md Syed, M. A., Aziz, A. A., Mahmood Zuhdi, A. S. & Mohd Rasheeda, Z. (2020). Fixing the communication gap through MHealth: The effects of attitude, perceived usefulness, and risks of MHealth on prescribed self-care among coronary heart disease patients in Malaysia. *SEARCH Journal of Media and Communication Research*, 12(3), 37–69. Zugriff am 20.12.2021. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/347114922_Fixing_the_communication_gap_through_MHealth_The_effects_of_attitude_perceived_usefulness_and_risks_of_MHealth_on_prescribed_self-care_among_coronary_heart_disease_patients_in_Malaysia
- Aceves-Martins, M., Aleman-Diaz, A. Y., Giralt, M. & Solà, R. (2019). Involving young people in health promotion, research and policy-making: practical recommendations. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(2), 147–153. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy113>
- Agarwal, G., Angeles, R., Pirrie, M., McLeod, B., Marzanek, F., Parascandalo, J. et al. (2018). Evaluation of a community paramedicine health promotion and lifestyle risk assessment program for older adults who live in social housing: a cluster randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 190(21), E638–E647. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170740>
- Albright, K., Krantz, M. J., Backlund Jarquín, P., DeAlleaume, L., Coronel-Mockler, S. & Estacio, R. O. (2015). Health Promotion Text Messaging Preferences and Acceptability Among the Medically Underserved. *Health Promotion Practice*, 16(4), 523–532. <https://doi.org/10.1177/1524839914566850>
- Ali, N., Lindquist, R., Boucher, J. L., Witt, D., Ambroz, T., Konety, S. H. et al. (2012). A call to action: bold ideas from the Minnesota Women's Heart Summit. *Minnesota Medicine*, 95(5), 44–48. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31823ac046>
- Alizadeh, G., Gholipour, K., Khosravi, M. F. & Khodayari-Zarnaq, R. (2020). Preventive Community-Based Strategies of Cardiovascular Diseases in Iran: A Multi-Method Study. *Social Work in Public Health*, 35(4), 177–186. <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1764432>
- Allemann, H., Thylén, I., Ågren, S., Liljeroos, M. & Strömberg, A. (2019). Perceptions of Information and Communication Technology as Support for Family Members of Persons With Heart Failure: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(7), e13521. <https://doi.org/10.2196/13521>
- Anglada-Martínez, H., Rovira-Illamola, M., Martín-Conde, M., Sotoca-Momblona, J. M. & Codina-Jané, C. (2016). mHealth intervention to improve medication management in chronically ill patients: analysis of the recruitment process. *Postgraduate medicine*, 128(4), 427–431. <https://doi.org/10.1080/00325481.2016.1170580>
- Anttila, M.-R., Kivistö, H., Piirainen, A., Kokko, K., Malinen, A., Pekkonen, M. et al. (2019). Cardiac Rehabilitates' Technology Experiences Before Remote Rehabilitation: Qualitative Study Using a Grounded Theory Approach. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2), e10985. <https://doi.org/10.2196/10985>
- Arija, V., Villalobos, F., Pedret, R., Vinuesa, A., Timón, M., Basora, T. et al. (2017). Effectiveness of a physical activity program on cardiovascular disease risk in adult primary health-care users: the “Pas-a-Pas” community intervention trial. *BMC public health*, 17(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4485-3>

- Aronow, W. S. & Shamliyan, T. A. (2018). Comparative Effectiveness of Disease Management With Information Communication Technology for Preventing Hospitalization and Readmission in Adults With Chronic Congestive Heart Failure. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(6), 472–479. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.03.012>
- AVOS (Gesellschaft für Vorsorgemedizin GmbH, Hrsg.). (o.D.). *KardioMobil. Beratung, Schulung und Information von Herzinsuffizienzpatient*innen im Bundesland Salzburg*. Zugriff am 21.12.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesundessalzburg.at/avos/was-wir-tun/praeventionsprojekte/kardiomobil/>
- Aziz, Z., Riddell, M. A., Absetz, P., Brand, M. & Oldenburg, B. (2018). Peer support to improve diabetes care: an implementation evaluation of the Australasian Peers for Progress Diabetes Program. *BMC public health*, 18(1), 2145. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5148-8>
- Balcázar, H., Alvarado, M., Cantu, F., Pedregon, V. & Fulwood, R. (2009). A promotora de salud model for addressing cardiovascular disease risk factors in the US-Mexico border region. *Preventing Chronic Disease*, 6(1), A02.
- Bandini, J. I., Kogan, A. C., Olsen, B., Phillips, J., Sudore, R. L., Bekelman, D. B. et al. (2021). Feasibility of Group Visits for Advance Care Planning Among Patients with Heart Failure and Their Caregivers. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(1), 171–180. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.01.200184>
- Bayley, A., Stahl, D., Ashworth, M., Cook, D. G., Whincup, P. H., Treasure, J. et al. (2018). Response bias to a randomised controlled trial of a lifestyle intervention in people at high risk of cardiovascular disease: a cross-sectional analysis. *BMC public health*, 18(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5939-y>
- Berndt, N., Lechner, L., Mudde, A., Vries, H. de & Bolman, C. (2017). Feasibility and acceptability of a telephone- and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in Dutch patients with coronary heart disease. *Research in Nursing & Health*, 40(5), 444–458. <https://doi.org/10.1002/nur.21810>
- Berra, K., Klieman, L. & Hinojara, A. (2009). Promoting adherence to medical and lifestyle interventions for women with cardiovascular disease. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 3(3), e25. <https://doi.org/10.1007/s12170-009-0031-x>
- Birnbaum, D. S. & Braun, S. (2010). Evaluation von Disease Management Programmen--Bewertung der Methodik und der ersten Ergebnisse aus gesundheitsökonomischer Sicht. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* [Evaluation of disease management programmes--assessing methods and initial outcomes from a health economic perspective], 104(2), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.07.002>
- Bjerrum, L., Hamm, L., Toft, B., Munck, A. & Kragstrup, J. (2002). Do general practitioner and patient agree about the risk factors for ischaemic heart disease? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(1), 16–21. <https://doi.org/10.1080/028134302317282680>
- Böhmer, A., Wieser, W., Weywar, I., Frauendorfer, H. & Kronik, G. (2011). Das "Kremser Modell": Erfolgreiches Disease-Management zur Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz. *Journal für Kardiologie*, 18(9-10), 299–306. Zugriff am 10.08.2017. Verfügbar unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/9582.pdf>
- Brandt, S., Hartmann, J. & Hehner, S. (2010). How to design a successful disease-management program. Five characteristics can help ensure that a disease-management program achieves its clinical and financial goals. *Health International*, (10), 69–79. Zugriff

- am 20.12.2021. Verfügbar unter: https://www.wko.at/site/Plattform-Gesundheitswirtschaft/Studien---Publikationen/Studien/HI2010_disease_management_v5.pdf
- Brenner, B. (2002). Implementing a community intervention program for health promotion. *Social Work in Health Care*, 35(1-2), 359–375. https://doi.org/10.1300/J010v35n01_02
- Brodie, D. A., Inoue, A. & Shaw, D. G. (2008). Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 45(4), 489–500. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.11.009>
- Brokaw, S. M., Carpenedo, D., Campbell, P., Butcher, M. K., Furshong, G., Helgersen, S. D. et al. (2015). Effectiveness of an Adapted Diabetes Prevention Program Lifestyle Intervention in Older and Younger Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1067–1074. <https://doi.org/10.1111/jgs.13428>
- Burke, L. E. & Fair, J. (2003). Promoting Prevention. *The Journal of cardiovascular nursing*, 18(4), 256–266. <https://doi.org/10.1097/00005082-200309000-00004>
- Byszewski, A., Azad, N., Molnar, F. J. & Amos, S. (2010). Clinical pathways: adherence issues in complex older female patients with heart failure (HF). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 165–170. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.03.004>
- Cheadle, A., Rosaschi, M., Burden, D., Ferguson, M., Greaves, B., Houston, L. et al. (2019). A Community-Wide Collaboration to Reduce Cardiovascular Disease Risk: The Hearts of Sonoma County Initiative. *Preventing Chronic Disease*, 16. <https://doi.org/10.5888/pcd16.180596>
- Chen, Y., Wu, F., Wu, Y., Li, J., Yue, P., Deng, Y. et al. (2019). Development of interventions for an intelligent and individualized mobile health care system to promote healthy diet and physical activity: using an intervention mapping framework. *BMC public health*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7639-7>
- Chou, A. F., Homco, J. B., Nagykaldi, Z., Mold, J. W., Daniel Duffy, F., Crawford, S. et al. (2018). Disseminating, implementing, and evaluating patient-centered outcomes to improve cardiovascular care using a stepped-wedge design: healthy hearts for Oklahoma. *BMC Health Services Research*, 18(1), e27. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3189-4>
- Ciccone, M. M., Aquilino, A., Cortese, F., Scicchitano, P., Sassara, M., Mola, E. et al. (2010). Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vascular Health and Risk Management*, 6, 297–305. <https://doi.org/10.2147/vhrm.s9252>
- Clark, A. M., Barbour, R. S. & McIntyre, P. D. (2002). Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: a qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 589–598. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02328.x>
- Clark, N. M., Janz, N. K., Dodge, J. A., Lin, X., Trabert, B. L., Kaciroti, N. et al. (2009). Heart Disease Management by Women: Does Intervention Format Matter? *Health Education & Behavior*, 36(2), 394–409. <https://doi.org/10.1177/1090198107309458>
- Clarke, C., Niederdeppe, J. & Lundell, H. (2012). Narratives and Images Used by Public Communication Campaigns Addressing Social Determinants of Health and Health Disparities. *International journal of environmental research and public health*, 9(12), 4254–4277. <https://doi.org/10.3390/ijerph9124254>
- Coorey, G., Peiris, D., Usherwood, T., Neubeck, L., Mulley, J. & Redfern, J. (2019). Persuasive design features within a consumer-focused eHealth intervention integrated with the electronic health record: A mixed methods study of effectiveness and acceptability. *PloS One*, 14(6), e0218447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218447>

- Courtney-Pratt, H., Johnson, C., Cameron-Tucker, H. & Sanderson, S. (2012). Investigating the feasibility of promoting and sustaining delivery of cardiac rehabilitation in a rural community. *Rural and Remote Health*, 12, 1838.
- Crengle, S., Smylie, J., Kelaher, M., Lambert, M., Reid, S., Luke, J. et al. (2014). Cardiovascular disease medication health literacy among Indigenous peoples: design and protocol of an intervention trial in Indigenous primary care services. *BMC public health*, 14(1), 1147. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-714>
- D'Addario, M., Cappelletti, E., Sarini, M., Greco, A., Monzani, D., Pancani, L. et al. (2015). Communication and disease management: a qualitative study on coronary disease. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 3(1), 94–108. <https://doi.org/10.1080/21642850.2015.1026823>
- Dang, S., Ruiz, D. I., Klepac, L., Morse, S., Becker, P., Levy, C. R. et al. (2019). Key Characteristics for Successful Adoption and Implementation of Home Telehealth Technology in Veterans Affairs Home-Based Primary Care: An Exploratory Study. *Telemedicine and e-Health*, 25(4), 309–318. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0009>
- Davisson, E. A. & Swanson, E. A. (2018). Patient and Nurse Experiences in a Rural Chronic Disease Management Program. *Professional Case Management*, 23(1), 10–18. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000244>
- De Jong, C. C., Ros, W. J. & Schrijvers, G. (2014). The effects on health behavior and health outcomes of Internet-based asynchronous communication between health providers and patients with a chronic condition: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(1), e19. <https://doi.org/10.2196/jmir.3000>
- DeBate, R., Plescia, M., Joyner, D. & Spann, L. (2004). A qualitative assessment of Charlotte REACH: an ecological perspective for decreasing CVD and diabetes among African Americans. *Ethnicity & Disease*, 14(3 Suppl 1), S77-82.
- Del Sindaco, D., Pulignano, G., Minardi, G., Apostoli, A., Guerrieri, L., Rotoloni, M. et al. (2007). Two-year outcome of a prospective, controlled study of a disease management programme for elderly patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Medicine (Hagerstown, Md.)*, 8(5), 324–329. <https://doi.org/10.2459/JCM.0b013e32801164cb>
- Devi, R., Kanitkar, K., Narendhar, R., Sehmi, K. & Subramaniam, K. (2020). A Narrative Review of the Patient Journey Through the Lens of Non-communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. *Advances in Therapy*, 37(12), 4808–4830. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01519-3>
- Diehl, K., Gansefort, D., Herr, R. M., Görig, T., Bock, C., Mayer, M. et al. (2015). Physician gender and lifestyle counselling to prevent cardiovascular disease: a nationwide representative study // Physician Gender and Lifestyle Counselling to Prevent Cardiovascular Disease: A Nationwide Representative Study. *Journal of Public Health Research*, 4(2), 534. <https://doi.org/10.4081/jphr.2015.534>
- Dinesen, B. & Spindler, H. (2018). The Use of Telerehabilitation Technologies for Cardiac Patients to Improve Rehabilitation Activities and Unify Organizations: Qualitative Study. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, 5(2), e10758. <https://doi.org/10.2196/10758>
- Douglas, M. L., Simon, J., Davison, S. N., Biondo, P., Ghosh, S., Kassam, A. et al. (2021). Efficacy of Advance Care Planning Videos for Patients: A Randomized Controlled Trial in Cancer, Heart, and Kidney Failure Outpatient Settings. *Medical Decision Making : an International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 41(3), 292–304. <https://doi.org/10.1177/0272989X20985836>

- Duff, O. M., Walsh, D. M. J., Furlong, B. A., O'Connor, N. E., Moran, K. A. & Woods, C. B. (2017). Behavior Change Techniques in Physical Activity eHealth Interventions for People With Cardiovascular Disease: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e281. <https://doi.org/10.2196/jmir.7782>
- Dunbar, S. B., Clark, P. C., Quinn, C., Gary, R. A. & Kaslow, N. J. (2008). Family Influences on Heart Failure Self-care and Outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 258–265. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305093.20012.b8>
- Elzen, H., Slaets, J. P. J., Snijders, T. A. B. & Steverink, N. (2008). Do older patients who refuse to participate in a self-management intervention in the Netherlands differ from older patients who agree to participate? *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(3), 266–271. <https://doi.org/10.1007/BF03324777>
- Evangelista, L. S., Rasmusson, K. D., Laramie, A. S., Barr, J., Ammon, S. E., Dunbar, S. et al. (2010). Health literacy and the patient with heart failure--implications for patient care and research. A consensus statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure*, 16(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.10.026>
- Feder, G., Griffiths, C., Eldridge, S. & Spence, M. (1999). Effect of postal prompts to patients and general practitioners on the quality of primary care after a coronary event (POST): randomised controlled trial. *BMJ*, 318(7197), 1522–1526. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7197.1522>
- Fernandez, R. S., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C. & Salamonson, Y. (2009). Development of a health-related lifestyle self-management intervention for patients with coronary heart disease. *Heart & Lung*, 38(6), 491–498. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.01.008>
- Flamm, M., Panisch, S., Winkler, H., Johansson, T., Weitgasser, R. & Sönnichsen, A. C. (2012). Effectiveness of the Austrian disease management programme "Therapie Aktiv" for type 2 diabetes regarding the improvement of metabolic control, risk profile and guideline adherence: 2 years of follow up. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 124(17-18), 639–646. <https://doi.org/10.1007/s00508-012-0226-x>
- Foody, J. M., Villablanca, A. C., Giardina, E.-G. V., Gill, S., Taylor, A. L., Leatherwood, S. et al. (2010). The Office on Women's Health Initiative to Improve Women's Heart Health: Program Description, Site Characteristics, and Lessons Learned. *Journal of Women's Health*, 19(3), 507–516. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1414>
- Fort, M. P., Castro, M., Peña, L., Hernández, S. H. L., Camacho, G. A., Ramírez-Zea, M. et al. (2015). Opportunities for involving men and families in chronic disease management: a qualitative study from Chiapas, Mexico. *BMC public health*, 15(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2361-6>
- Foster, A., Horspool, K. A., Edwards, L., Thomas, C. L., Salisbury, C., Montgomery, A. A. et al. (2015). Who does not participate in telehealth trials and why? A cross-sectional survey. *Trials*, 16(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0773-3>
- Fuster, V., Kelly, B. B. & Vedanthan, R. (2011). Global Cardiovascular Health. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(12), 1208–1210. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.05.038>
- Gettleman, L. & Winkleby, M. A. (2000). Using focus groups to develop a heart disease prevention program for ethnically diverse, low-income women. *Journal of Community Health*, 25(6), 439–453. <https://doi.org/10.1023/a:1005155329922>
- Glanz, K., Brekke, M., Harper, D., Bache-Wiig, M. & Hunninghake, D. B. (1992). Evaluation of implementation of a cholesterol management program in physicians' offices. *Health Education Research*, 7(2), 151–163. <https://doi.org/10.1093/her/7.2.151>

- Glass, N., Moss, C. & Ogle, K. R. (2012). A person-centred lifestyle change intervention model: Working with older people experiencing chronic illness. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), 379–387. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02054.x>
- Goldberg, L. R. (2005). Electronic and telemedicine techniques to manage heart failure. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 7(4), 333–338. <https://doi.org/10.1007/s11936-005-0044-9>
- Gonçalves, A. V., Pereira-da-Silva, T., Soares, R. M. & Ferreira, R. C. (2019). Conflicting past and present of home telemonitoring in Heart Failure: What about the future? // Widersprüche in Vergangenheit und Gegenwart des Heim-Telemonitorings: Was bringt die Zukunft? *Austrian Journal of Cardiology*, 26(3-4), 62–67. Zugriff am 21.12.2021. Verfügbar unter: <https://www.kup.at/kup/pdf/14356.pdf>
- Goodlin, S. J., Quill, T. E. & Arnold, R. M. (2008). Communication and Decision-Making About Prognosis in Heart Failure Care. *Journal of cardiac failure*, 14(2), 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2007.10.022>
- Görig, T., Diehl, K., Herr, R. M., Bock, C., Mayer, M. & Schneider, S. (2016). Stadt-Land-Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* [Differences in the Provision of Lifestyle Counseling for Cardiovascular Disease Prevention Between Urban and Rural Regions in Germany. Findings from a National Survey of Primary Care Physicians], 78(8-09), 533–538. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564208>
- Granja, C., Janssen, W. & Johansen, M. A. (2018). Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5), e10235. <https://doi.org/10.2196/10235>
- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Adolfsson, E. T. & Martin, L. (2018). Family Health Conversations Conducted by Telephone in Heart Failure Nursing Care: A Feasibility Study. *SAGE Open Nursing*, 4. <https://doi.org/10.1177/2377960818803383>
- Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J. & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>
- Hamine, S., Gerth-Guyette, E., Faulx, D., Green, B. B. & Ginsburg, A. S. (2015). Impact of mHealth Chronic Disease Management on Treatment Adherence and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 17(2), e52. <https://doi.org/10.2196/jmir.3951>
- Harkins, C., Shaw, R., Gillies, M., Sloan, H., MacIntyre, K., Scoular, A. et al. (2010). Overcoming barriers to engaging socio-economically disadvantaged populations in CHD primary prevention: a qualitative study. *BMC public health*, 10, 391. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-391>
- Harmsen, C. G., Jarbøl, D. E., Nexøe, J., Støvring, H., Gyrd-Hansen, D., Nielsen, J. B. et al. (2013). Impact of effectiveness information format on patient choice of therapy and satisfaction with decisions about chronic disease medication: the "Influence of intervention Methodologies on Patient Choice of Therapy (IMPACT)" cluster-randomised trial in general practice. *BMC Health Services Research*, 13(1), 76. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-76>
- Häussler, B. & Berger, U. (2004). *Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung* (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 7, 1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges.

- Havas, S. & Walker, B. (1986). Massachusetts' Approach to the Prevention of Heart Disease, Cancer, and Stroke. *Public Health Reports*, 101(1), 29–39. Zugriff am 21.12.2021. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/20075071_Massachusetts'_approach_to_the_prevention_of_heart_disease_cancer_and_stroke
- Heisler, M., Halasyamani, L., Cowen, M. E., Davis, M. D., Resnicow, K., Strawderman, R. L. et al. (2013). Randomized Controlled Effectiveness Trial of Reciprocal Peer Support in Heart Failure. *Circulation: Heart Failure*, 6(2), 246–253. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.000147>
- Horrell, L. N. & Kneipp, S. M. (2017). Strategies for recruiting populations to participate in the chronic disease self-management program (CDSMP): A systematic review. *Health Marketing Quarterly*, 34(4), 268–283. <https://doi.org/10.1080/07359683.2017.1375240>
- Horwitz, C. M., Mueller, M., Wiley, D., Tentler, A., Bocko, M., Chen, L. et al. (2008). Is Home Health Technology Adequate for Proactive Self-care? *Methods of Information in Medicine*, 47(01), 58–62. <https://doi.org/10.3414/ME9101>
- Hsieh, V., Paull, G. & Hawkshaw, B. (2020). Heart Failure Integrated Care Project: overcoming barriers encountered by primary health care providers in heart failure management. *Australian Health Review*, 44(3), 451–458. <https://doi.org/10.1071/AH18251>
- Jennings, C. & Astin, F. (2017). A multidisciplinary approach to prevention. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3_suppl), 77–87. <https://doi.org/10.1177/2047487317709118>
- Johannigman, M. J., Leifheit, M., Bellman, N., Pierce, T., Marriott, A. & Bishop, C. (2010). Medication therapy management and condition care services in a community-based employer setting. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 67(16), 1362–1367. <https://doi.org/10.2146/ajhp090583>
- Jordan, C. O., Slater, M. & Kottke, T. E. (2008). Preventing chronic disease risk factors: rationale and feasibility. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 44(10), 745–750.
- KAGes. (2017). *HerzMobil Steiermark. Online Betreuung für Patienten mit Herzinsuffizienz* (1. Auflage) (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m. b. H., Hrsg.). Graz. Zugriff am 08.04.2019. Verfügbar unter: https://www.patienten-portal.kages.at/cms/dokumente/10476646_7760191/3de96222/170088_KAG_HerzMobil_Folder_LR9.pdf
- Kennedy, A. B. & Hales, S. B. (2018). Tools Clinicians Can Use to Help Get Patients Active. *Current Sports Medicine Reports*, 17(8), 271–276. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000506>
- Kerr, C., Murray, E., Noble, L., Morris, R., Bottomley, C., Stevenson, F. et al. (2010). The Potential of Web-based Interventions for Heart Disease Self-Management: A Mixed Methods Investigation. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), e56. <https://doi.org/10.2196/jmir.1438>
- Keyworth, C., Nelson, P. A., Chew-Graham, C. A., Kane, K., Pearce, C. J., Griffiths, C. E. M. et al. (2016). Communicating Cardiovascular Disease Risk to People with Psoriasis: What Techniques do Practitioners Use? *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(2), 168–178. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9517-8>
- Kim, B. Y. B. & Lee, J. (2017). Smart Devices for Older Adults Managing Chronic Disease: A Scoping Review. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(5), e69. <https://doi.org/10.2196/mhealth.7141>
- Knecht, S. & Kenning, P. (2016). Changing health behavior motivation from I-must to I-want. In *Motivation - Theory, Neurobiology and Applications* (Progress in Brain Research, Bd. 229, S. 427–438). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2016.06.013>

- Kolbe, S., Darius, H., Holzgreve, A., Supantia, P. & Riesner, P. (2019). Innovationsfondsprojekt Cardiolotse: Bessere poststationäre Weiterbehandlung für Patienten mit kardiologischen Erkrankungen. *kma - Das Gesundheitswirtschaftsmagazin*, 24(05), 76. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1691999>
- Krankenhaus St. Josef Braunau. (o.D.). *Kardiostabil-Projekt für Herzinsuffizienz in Braunau*. Zugriff am 02.11.2021. Verfügbar unter: <https://www.khbr.at/kardiostabil-projekt-fuer-herzinsuffizienz-in-braunau/>
- Krumholz, H. M., Currie, P. M., Riegel, B., Phillips, C. O., Peterson, E. D., Smith, R. et al. (2006). A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation*, 114(13), 1432–1445. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.177322>
- Kvien, T. K., Balsa, A., Betteridge, N., Buch, M. H., Durez, P., Favalli, E. G. et al. (2020). Considerations for improving quality of care of patients with rheumatoid arthritis and associated comorbidities. *RMD Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2020-001211>
- LaFramboise, L. M., Woster, J., Yager, A. & Yates, B. C. (2009). A Technological Life Buoy. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(3), 216–224. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318199a60f>
- Lalonde, L., Goudreau, J., Hudon, É., Lussier, M.-T., Duhamel, F., Bélanger, D. et al. (2012). Priorities for action to improve cardiovascular preventive care of patients with multimorbid conditions in primary care--a participatory action research project. *Family Practice*, 29(6), 733–741. <https://doi.org/10.1093/fampra/cms021>
- Land der Oö. Landesregierung. (2018). *Integrierte Versorgung für Menschen mit Herzinsuffizienz*. Information zur Pressekonferenz. Linz. Zugriff am 21.12.2021. Verfügbar unter: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/LK/PKHaberlander1632018Internet.pdf>
- Lang, C., Voigt, K., Neumann, R., Bergmann, A. & Holthoff-Detto, V. (2020). Adherence and acceptance of a home-based telemonitoring application used by multi-morbid patients aged 65 years and older. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(1), 37–51. <https://doi.org/10.1177/1357633X20901400>
- Laws, R. A., Fanaian, M., Jayasinghe, U. W., McKenzie, S., Passey, M., Davies, G. P. et al. (2013). Factors influencing participation in a vascular disease prevention lifestyle program among participants in a cluster randomized trial. *BMC Health Services Research*, 13, 201. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-201>
- Lear, S. A. (2018). The Delivery of Cardiac Rehabilitation Using Communications Technologies: The "Virtual" Cardiac Rehabilitation Program. *The Canadian Journal of Cardiology*, 34(10 Suppl 2), S278-S283. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.07.009>
- Lefler, L. L., Rhoads, S. J., Harris, M., Funderburg, A. E., Lubin, S. A., Martel, I. D. et al. (2018). Evaluating the Use of Mobile Health Technology in Older Adults With Heart Failure: Mixed-Methods Study. *JMIR Aging*, 1(2), e12178. <https://doi.org/10.2196/12178>
- Leviton, A., Oppenheimer, J., Chiujdea, M., Antonetty, A., Ojo, O. W., Garcia, S. et al. (2019). Characteristics of Future Models of Integrated Outpatient Care. *Healthcare*, 7(2), 65. <https://doi.org/10.3390/healthcare7020065>
- Lewis, E. F., Coles, T. M., Lewis, S., Nelson, L. M., Barrett, A., Romano, C. D. et al. (2019). Development, psychometric evaluation, and initial feasibility assessment of a symptom tracker for use by patients with heart failure (HFaST). *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 3(1), 1123. <https://doi.org/10.1186/s41687-019-0113-6>
- LIV. (o.D.). *HerzMobil Tirol. Eine Information zum Versorgungsprogramm HerzMobil Tirol* (Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol, Hrsg.). Zugriff am 22.07.2021. Verfügbar

- unter: <https://www.liv.tirol/page.cfm?vpath=disease-management-programme/herz-mobil-tirol>
- MacDonald, L., Cairns, G., Angus, K. & Stead, M. (2012). *Evidence review: social marketing for the prevention and control of communicable disease. Insights into health communication* (ECDC technical report). Stockholm: ECDC. <https://doi.org/10.2900/63860>
- MacKenzie, E., Smith, A., Angus, N., Menzies, S., Brulisauer, F. & Leslie, S. J. (2010). Mixed-method exploratory study of general practitioner and nurse perceptions of a new community based nurse-led heart failure service. *Rural and Remote Health*, 10(4), 1510.
- MacPhail, L. H., Neuwirth, E. B. & Bellows, J. (2009). Coordination of Diabetes Care in Four Delivery Models Using an Electronic Health Record. *Medical care*, 47(9), 993–999. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819e1ffe>
- Maglaveras, N., Lekka, I., Chouvarda, I., Adamidis, D., Karvounis, H., Louridas, G. et al. (2003). Congestive Heart Failure Management in a Home-Care System through the CHS Contact Center. *Computers in Cardiology*, 30, 189–192. <https://doi.org/10.1109/CIC.2003.1291122>
- Mayberry, L. S., Berg, C. A., Harper, K. J. & Osborn, C. Y. (2016). The Design, Usability, and Feasibility of a Family-Focused Diabetes Self-Care Support mHealth Intervention for Diverse, Low-Income Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of diabetes research*, 2016(4), 1–13. <https://doi.org/10.1155/2016/7586385>
- McClaran, J., Kaufman, D., Toombs, M., Beardall, S., Levy, I. & Chockalingam, A. (2001). From Death and Disability to Patient Empowerment: An Interprofessional Partnership to Achieve Cardiovascular Health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 92(4), 13–19. <https://doi.org/10.1007/BF03404970>
- Miller, N. H. (2012). Adherence Behavior in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 32(2), 63–70. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e318235c729>
- Mitchell, G. K., BurrIDGE, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I. A., Dart, J. et al. (2015). Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Australian Journal of Primary Health*, 21(4), 391. <https://doi.org/10.1071/PY14172>
- Mittelmark, M. B., Hunt, M. K., Heath, G. W. & Schmid, T. L. (1993). Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Public Health Policy*, 14(4), 437–462.
- Mörtl, D., Altenberger, J., Bauer, N., Berent, R., Berger, R., Boehmer, A. et al. (2017). Disease management programs in chronic heart failure. Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(23–24), 869–878. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1265-0>
- Nakkash, R., Soweid, R. A. A., Nehlawi, M. T., Shediak-Rizkallah, M. C., Hajjar, T. A. & Khogali, M. (2003). The Development of a Feasible Community-Specific Cardiovascular Disease Prevention Program: Triangulation of Methods and Sources. *Health Education & Behavior*, 30(6), 723–739. <https://doi.org/10.1177/1090198103255521>
- ORF. (2020). *Mobile Betreuung für Herzpatienten*. Zugriff am 21.12.2021. Verfügbar unter: <https://kaernten.orf.at/stories/3028616/>
- Piette, J. D., Gregor, M. A., Share, D., Heisler, M., Bernstein, S. J., Koelling, T. et al. (2008). Improving Heart Failure Self-Management Support by Actively Engaging Out-of-Home Caregivers: Results of a Feasibility Study. *Congestive Heart Failure*, 14(1), 12–18. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7133.2008.07474.x>

- Plescia, M. & Groblewski, M. (2004). A Community-Oriented Primary Care Demonstration Project: Refining Interventions for Cardiovascular Disease and Diabetes. *The Annals of Family Medicine*, 2(2), 103–109. <https://doi.org/10.1370/afm.42>
- Poelzl, G., Fetz, B., Altenberger, J., Fritsch, M., Auer, J., Stachl, E. et al. (2020). Heart failure disease management programs in Austria 2019 : A systematic survey of the Heart Failure Working Group and the Working Group for Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 132(11-12), 310–321. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01615-y>
- Prescher, S., Deckwart, O., Winkler, S., Koehler, K., Honold, M. & Koehler, F. (2013). Telemedical care: feasibility and perception of the patients and physicians: a survey-based acceptance analysis of the Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure (TIM-HF) trial. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(2_suppl), 1–24. <https://doi.org/10.1177/2047487313487483e>
- Radhakrishnan, K., Xie, B., Berkley, A. & Kim, M. (2016). Barriers and Facilitators for Sustainability of Tele-Homecare Programs: A Systematic Review. *Health Services Research*, 51(1), 48–75. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12327>
- Rechnungshof Österreich. (2019). *Diabetes-Prävention und -Versorgung. Bericht des Rechnungshofes*. Wien. Zugriff am 21.10.2019. Verfügbar unter: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Diabetes_2019_43.pdf
- Riegel, B., Dickson, V. V., Hoke, L., McMahon, J. P., Reis, B. F. & Sayers, S. (2006). A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care. *The Journal of cardiovascular nursing*, 21(3), 232–241. <https://doi.org/10.1097/00005082-200605000-00012>
- Rodriguez, H. P., Ivey, S. L., Raffetto, B. J., Vaughn, J., Knox, M., Hanley, H. R. et al. (2014). As Good As It Gets? Managing Risks of Cardiovascular Disease in California's Top-Performing Physician Organizations. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(4), 148-AP7. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(14\)40019-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(14)40019-9)
- Rosland, A.-M. & Piette, J. D. (2010). Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: a structured review. *Chronic illness*, 6(1), 7–21. <https://doi.org/10.1177/1742395309352254>
- Roter, D. L., Hall, J. A. & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. *JAMA*, 288(6), 756. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>
- Ryan, R., Santesso, N., Hill, S., Lowe, D., Kaufman, C. & Grimshaw, J. (2011). Consumer-oriented interventions for evidence-based prescribing and medicines use: an overview of systematic reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD007768. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007768.pub2>
- Sakakibara, B. M., Ross, E., Arthur, G., Brown-Ganzert, L., Petrin, S., Sedlak, T. et al. (2017). Using Mobile-Health to Connect Women with Cardiovascular Disease and Improve Self-Management. *Telemedicine and e-Health*, 23(3), 233–239. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0133>
- Santa, J. S. (2013). Communicating information about “what not to do” to consumers. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(S3), 174. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-S3-S2>
- Schapira, M. M., Swartz, S., Ganschow, P. S., Jacobs, E. A., Neuner, J. M., Walker, C. M. et al. (2017). Tailoring Educational and Behavioral Interventions to Level of Health Literacy: A Systematic Review. *MDM Policy & Practice*, 2(1), 238146831771447. <https://doi.org/10.1177/2381468317714474>
- Schick, J. F. (2018). *Effizienz von Disease Management Programmen*. Dissertation. Universität Ulm, Ulm. <https://doi.org/10.18725/OPARU-22476>

- Schuit, A. J., Wendel-Vos, G. C. W., Verschuren, W. M. M., Ronckers, E. T., Ament, A., van Assema, P. et al. (2006). Effect of 5-year community intervention Hartsлаг Limburg on cardiovascular risk factors. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(3), 237–242. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.10.020>
- Scott, L. B. & Curbow, B. (2006). The Effect of Message Frames and CVD Risk Factors on Behavioral Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 30(6), 582–597. <https://doi.org/10.5993/AJHB.30.6.5>
- Seguin, R. A., Eldridge, G., Graham, M. L., Foltz, S. C., Nelson, M. E. & Strogatz, D. (2016). Strong Hearts, healthy communities: a rural community-based cardiovascular disease prevention program. *BMC Public Health*, 16(86). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2751-4>
- Shahim, B., Hasselberg, S., Boldt-Christmas, O., Gyberg, V., Mellbin, L. & Rydén, L. (2018). Effectiveness of different outreach strategies to identify individuals at high risk of diabetes in a heterogeneous population: a study in the Swedish municipality of Södertälje. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(18), 1990–1999. <https://doi.org/10.1177/2047487318805582>
- Shea, S. & Basch, C. E. (1990). A Review of Five Major Community-Based Cardiovascular Disease Prevention Programs. Part II: Intervention Strategies, Evaluation Methods, and Results. *American Journal of Health Promotion*, 4(4), 279–287. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-4.4.279>
- Sheridan, S. L., Shadle, J., Simpson, R. J. & Pignone, M. P. (2006). The impact of a decision aid about heart disease prevention on patients' discussions with their doctor and their plans for prevention: a pilot randomized trial. *BMC Health Services Research*, 6(1), 479. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-121>
- Siddharthan, T., Rabin, T., Canavan, M. E., Nassali, F., Kirchhoff, P., Kalyesubula, R. et al. (2016). Implementation of Patient-Centered Education for Chronic-Disease Management in Uganda: An Effectiveness Study. *PLOS ONE*, 11(11), e0166411. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166411>
- Sidebottom, A. C., Benson, G., Vacquier, M., Pereira, R., Hayes, J., Boersma, P. et al. (2021). Population-Level Reach of Cardiovascular Disease Prevention Interventions in a Rural Community: Findings from the Heart of New Ulm Project. *Population Health Management*, 24(1), 86–100. <https://doi.org/10.1089/pop.2019.0196>
- Smeets, M., van Roy, S., Aertgeerts, B., Vermandere, M. & Vaes, B. (2016). Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*, 6(11), e013459. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013459>
- Smeets, M., Zervas, S., Leben, H., Vermandere, M., Janssens, S., Mullens, W. et al. (2019). General practitioners' perceptions about their role in current and future heart failure care: an exploratory qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 812. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4271-2>
- Sochalski, J., Jaarsma, T., Krumholz, H. M., Laramee, A., McMurray, J. J.V., Naylor, M. D. et al. (2009). What Works In Chronic Care Management: The Case Of Heart Failure. *Health Affairs*, 28(1), 179–189. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.179>
- Som, A., Patel, K., Sink, E., Peters, R. M., Javaherian, K., Groenendyk, J. et al. (2017). A Novel Patient Engagement Platform Using Accessible Text Messages and Calls (Epharmix): Feasibility Study. *JMIR Formative Research*, 1(1), e2. <https://doi.org/10.2196/formative.7211>
- Taylor, C. A., Shaw, R. L., Dale, J. & French, D. P. (2011). Enhancing delivery of health behaviour change interventions in primary care: A meta-synthesis of views and experiences

- of primary care nurses. *Patient education and counseling*, 85(2), 315–322. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.001>
- Tran, D.-M. T. & Sojobi, A. (2020). Review of the Scientific Literature on Young Adults Related to Cardiovascular Disease Intervention. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 5(1), 35–46. <https://doi.org/10.31372/20200501.1084>
- Unverzagt, S., Meyer, G., Mittmann, S., Samos, F.-A., Unverzagt, M. & Prondzinsky, R. (2016). Improving Treatment Adherence in Heart Failure. *Deutsches Arzteblatt International*, 113(25), 423–430. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0423>
- Urowitz, S., Wiljer, D., Dupak, K., Kuehner, Z., Leonard, K., Lovrics, E. et al. (2012). Improving diabetes management with a patient portal: a qualitative study of diabetes self-management portal. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e158. <https://doi.org/10.2196/jmir.2265>
- Van de Vijver, S., Oti, S., Addo, J., Graft-Aikins, A. de & Agyemang, C. (2012). Review of community-based interventions for prevention of cardiovascular diseases in low- and middle-income countries. *Ethnicity & Health*, 17(6), 651–676. <https://doi.org/10.1080/13557858.2012.754409>
- Van den Berg, N., Schumann, M., Kraft, K. & Hoffmann, W. (2012). Telemedicine and tele-care for older patients—A systematic review. *Maturitas*, 73(2), 94–114. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.06.010>
- Van Steenkiste, B., van der Weijden, T., Stoffers, H. E.J.H., Kester, A. D.M., Timmermans, D. R.M. & Grol, R. (2007). Improving cardiovascular risk management: a randomized, controlled trial on the effect of a decision support tool for patients and physicians. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(1), 44–50. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000239475.71805.1e>
- Varnfield, M. & Karunanithi, M. (2015). Information and communication technology-based cardiac rehabilitation homecare programs. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*, 73(2), 69–79. <https://doi.org/10.2147/SHTT.S75395>
- Verlinde, E., Laender, N. de, Maesschalck, S. de, Deveugele, M. & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-12>
- Vest, B. M., Hall, V. M., Kahn, L. S., Heider, A. R., Maloney, N. & Singh, R. (2017). Nurse perspectives on the implementation of routine telemonitoring for high-risk diabetes patients in a primary care setting. *Primary Health Care Research & Development*, 18(01), 3–13. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000190>
- Voils, C. I., Yancy, W. S., Weinberger, M., Bolton, J., Coffman, C. J., Jeffreys, A. et al. (2011). The trials and tribulations of enrolling couples in a randomized, controlled trial: A self-management program for hyperlipidemia as a model. *Patient education and counseling*, 84(1), 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.005>
- Voltelen, B., Konradsen, H. & Østergaard, B. (2016). Family Nursing Therapeutic Conversations in Heart Failure Outpatient Clinics in Denmark: Nurses' Experiences. *Journal of Family Nursing*, 22(2), 172–198. <https://doi.org/10.1177/1074840716643879>
- Voltelen, B., Konradsen, H. & Østergaard, B. (2018). Family Nursing Therapeutic Conversations: Family Reorganization Processes After Diagnosis. *Family Relations*, 67(5), 600–614. <https://doi.org/10.1111/fare.12329>
- Von der Heidt, A., Ammenwerth, E., Bauer, K., Fetz, B., Fluckinger, T., Gassner, A. et al. (2014). HerzMobil Tirol network: rationale for and design of a collaborative heart failure disease management program in Austria. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 126(21-22), 734–741. <https://doi.org/10.1007/s00508-014-0665-7>

- Voogdt-Pruis, H. R., Beusmans, G. H. M. I., Gorgels, A. P. M. & van Ree, J. W. (2011). Experiences of doctors and nurses implementing nurse-delivered cardiovascular prevention in primary care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1758–1766. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05627.x>
- Voruganti, T., Grunfeld, E., Makuwaza, T. & Bender, J. L. (2017). Web-Based Tools for Text-Based Patient-Provider Communication in Chronic Conditions: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e366. <https://doi.org/10.2196/jmir.7987>
- Wakefield, B. J., Bylund, C. L., Holman, J. E., Ray, A., Scherubel, M., Kienzle, M. G. et al. (2008). Nurse and patient communication profiles in a home-based telehealth intervention for heart failure management. *Patient education and counseling*, 71(2), 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.01.006>
- Walsh, D. C., Rudd, R. E., Moeykens, B. A. & Moloney, T. W. (1993). Social marketing for public health. *Health Affairs (Project Hope)*, 12(2), 104–119. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.2.104>
- Wändell, P. E., Waard, A.-K. M. de, Holzmann, M. J., Gornitzki, C., Lionis, C., Wit, N. de et al. (2018). Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: A systematic review. *Family practice*, 35(4), 383–398. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz137>
- Ware, P., Ross, H. J., Cafazzo, J. A., Laporte, A., Gordon, K. & Seto, E. (2018). Evaluating the Implementation of a Mobile Phone–Based Telemonitoring Program: Longitudinal Study Guided by the Consolidated Framework for Implementation Research. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(7), e10768. <https://doi.org/10.2196/10768>
- Watts, S. A., Gee, J., O'Day, M. E., Schaub, K., Lawrence, R., Aron, D. et al. (2009). Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: The unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), 167–172. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00379.x>
- While, A. & Dewsbury, G. (2011). Nursing and information and communication technology (ICT): A discussion of trends and future directions. *International journal of nursing studies*, 48(10), 1302–1310. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.020>
- WHO. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten* (Gesunde Städte im 21. Jh, 2. Ausg). Kopenhagen.
- WHO Europe. 2015. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports* (WHO Europe, ed.) (Observatory studies series). Copenhagen. Accessed 06.02.2019. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/assessing-chronic-disease-management-in-european-health-systems-country-reports>
- Wilbacher, I. (2016). *Strukturierte telefonische Unterstützung (structured telephone support, STS) als Telemonitoring Intervention. Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz* (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.). Zugriff am 14.03.2022. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714972&version=1473252070>
- Wiles, R. (1997). Empowering practice nurses in the follow-up of patients with established heart disease: lessons from patients' experiences. *Journal of advanced nursing*, 26(4), 729–735. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00409.x>
- Willems, S., Maesschalck, S. de, Deveugele, M., Derese, A. & Maeseneer, J. de. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference? *Patient education and counseling*, 56(2), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.02.011>

- Wilson, C., Alam, R., Latif, S., Knighting, K., Williamson, S. & Beaver, K. (2012). Patient access to healthcare services and optimisation of self-management for ethnic minority populations living with diabetes: a systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 20(1), 1–19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01017.x>
- Winter, S. J., Sheats, J. L. & King, A. C. (2016). The Use of Behavior Change Techniques and Theory in Technologies for Cardiovascular Disease Prevention and Treatment in Adults: A Comprehensive Review. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(6), 605–612. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.02.005>
- Winter, S. & Rösner, L. (2019). Krisenkommunikation im Gesundheitsbereich. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (1st ed. 2019, S. 423–432). Springer.

6.1 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Zielgruppen von Kommunikations- und Marketingstrategien	693
Abbildung 2: Modulübersicht	696
Abbildung 3: Ergebnisse der systematischen Literaturanalyse	698
Abbildung 4: Erfordernisse für eine Teilnahme an DMPs	724
Abbildung 5: Assoziationen des Gesundheitspersonals zu DMPs	734
Abbildung 6: Motivatoren für eine Teilnahme an DMPs	756
Abbildung 7: Hürden für eine Teilnahme an DMPs	756
Abbildung 8: Beurteilung von Kommunikations-Tools im Rahmen von DMPs	759
Abbildung 9: Zielgruppen der kommunikativen Maßnahmen	767
Abbildung 10: Zeitlich versetzter Kommunikationsprozess	768
Abbildung 11: Eckpfeiler der Kommunikationsarbeit für Gesundheitspersonal	771
Abbildung 12: Eckpfeiler der Kommunikationsarbeit für die allgemeine Bevölkerung	774
Abbildung 13: Eckpfeiler der Kommunikationsarbeit für Patientinnen bzw. Patienten	776

6.2 **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Interview-Teilnehmende – Patientinnen bzw. Patienten	701
Tabelle 2: Interview-Teilnehmende – Gesundheitspersonal	702
Tabelle 3: Interview-Teilnehmenden – Journalistinnen bzw. Journalisten	703

ANHANG A: LEITFÄDEN DER INTERVIEWS

In Folge sind die Leitfäden der Interviews zu lesen. Die in Klammer angeführten Literaturangaben wurden nicht laut vorgelesen, sondern dienen der wissenschaftlichen Einordnung der genannten Konstrukte.

Leitfaden Interview Gesundheitspersonal

Teilnehmende:	20-30 Interviews mit Hausärztinnen bzw. Hausärzten, Kardiologinnen bzw. Kardiologen, Pflegekräften; 1-2 Verantwortlichen von Fachgesellschaften
Interesse:	Rolle als Informationsvermittler, Motivator, „Gatekeeper“; Hürden der Anwendung von DMPs (z.B. bürokratischer Aufwand) (Schick, 2018); Kommunikationstools
Art des Kontaktes:	Video/Telefoninterviews
Zeitraum:	***** 2021
Personengruppe:	*****

Intro:

Lieber/Liebe Frau/Herr *****, vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview. Das Interview wird circa 20 bis 30 Minuten dauern und wird von der Universität Wien im Auftrag der österreichischen Sozialversicherung durchgeführt. Wir haben Ihren Kontakt durch NAME XY zur Verfügung gestellt bekommen. Wir behandeln Ihre Daten und Angaben streng vertraulich und anonym. Das bedeutet, dass durch Ihre Antworten keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein werden. Sie können auch Fragen auslassen, wenn Sie sie nicht beantworten wollen. Sie können das Interview jederzeit beenden. Wenn Sie einverstanden sind, nehmen wir das Interview auf, damit wir Ihre Antworten aufschreiben können. Sind Sie damit einverstanden?

Bei dieser Befragung beschäftigen wir uns mit strukturierten Behandlungsprogrammen, die man Disease-Management oder Disease-Management-Programm nennt. Abgekürzt sagt man dazu DM oder DMP. DMPs sollen chronisch Erkrankten dabei helfen ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und die Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten. DMPs werden mit dem Ziel eingeführt, die ärztliche Behandlung langfristig zu verbessern. Sie werden auch „Chronikerprogramme“ genannt. DMPs umfassen regelmäßige Arzttermine mit Beratungsgesprächen und Untersuchungen sowie die Vermittlung von Hintergrundinformationen zum Beispiel durch Schulungen (siehe Gesundheitsinformation.de).

Ich möchte mit einigen allgemeinen Fragen zu Ihrer Einstellung zu DMPs beginnen.

1. Haben Sie bereits mit Patientinnen bzw. Patienten an einem DMP oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten teilgenommen bzw. nehmen Sie aktuell an einem DMP oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten teil?

- a. Wenn ja: an welchen DMP genau? Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen damit?
 - b. Kennen Sie das DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ oder andere medizinische Versorgungsprojekte in Österreich (z.B. HerzMobil – Tirol)? Wenn ja: Was halten Sie davon?
 - c. Wenn nein: Gibt es bestimmte Gründe warum Sie sich bisher damit nicht beschäftigt haben bzw. bisher nicht daran teilgenommen haben?
2. Ganz allgemein: Wie stehen Sie zu DMPs (Wändell et al., 2018)? Was assoziieren Sie mit DMPs? (Auch, wenn Sie heute das erste Mal von DMPs erfahren haben), Was denken Sie über solche Behandlungsprogramme?
3. Haben Sie in Bezug auf DMPs Bedenken?
 - a. Wenn unklar: Haben Sie Zweifel am Sinn und Zweck der Programme? Haben Sie Zweifel, dass es sich für Sie finanziell nicht „auszahlt“ an einem DMP beteiligt zu sein?
4. Was für Ressourcen würden Sie benötigen/Was für Ressourcen benötigen Sie, um ein DMP erfolgreich umzusetzen?
 - a. Falls nicht angesprochen:
Denken Sie, es braucht besondere Personalressourcen?
Denken Sie, es bedarf einer besonderen technischen Ausstattung bzw. Ordinationsausstattung (McClaran et al., 2001)?
5. Gibt es für Sie spezielle Hürden wieso Sie oder andere Kolleginnen bzw. Kollegen Ihrer Berufsgruppe nicht teilnehmen?
 - a. Bei nein oder zögern:
Denken Sie, es gibt einen erhöhten bürokratischen Aufwand? Wenn ja, schreckt er ab?
Denken Sie, es gibt einen erhöhten Einsatz zeitlicher Ressourcen? Wenn ja, schreckt das ab?
Denken Sie, es gibt einen erhöhten Schulungsaufwand für Gesundheitspersonal? Wenn ja, schreckt das ab?
6. Was würde Sie bewegen, ein DMP umzusetzen bzw. mitzuwirken? Gibt es spezielle Motivatoren für Sie?
7. Welche finanziellen Anreize sehen Sie als adäquat für die Durchführung von DMPs (Wändell et al., 2018)? Woran könnte man eine finanzielle Entschädigung festmachen bzw. begründen?
8. Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Berufsgruppen?
 - a. Könnten Sie sich vorstellen, Tätigkeiten im Rahmen des DMP an MAP zu delegieren (z.B. Anrufe)? Wenn ja, haben Sie MAP in ihrer Praxis?
 - b. Zusammenarbeit mit Ernährungsberatung bzw. Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten (Kennedy & Hales, 2018)?

- c. Zusammenarbeit oder Austausch mit Internistinnen bzw. Internisten, Apothekerinnen bzw. Apothekern, Ernährungsberaterinnen bzw. Ernährungsberatern, Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern oder anderen Berufsgruppen (Byszewski et al., 2010)?
9. Welche Informationen würden Sie brauchen, um die Durchführung eines DMPs in Betracht zu ziehen? Wo besteht Ihrer Meinung nach noch Informationsbedarf?

Wenden wir uns nun den Patientinnen bzw. Patienten zu.

10. Wie würden Sie die Zielgruppe für (1) DMPs generell, (2) ein DMP für Chronische Herzinsuffizienz beschreiben (Laws et al., 2013)?
- a. Würden Sie sich eher an junge oder an ältere Patientinnen bzw. Patienten wenden? Und warum (Brokaw et al., 2015)?
 - b. Sind DMP für Patientinnen bzw. Patienten mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz zielführend? Wenn ja, was muss man hierbei Ihrer Erfahrung nach beachten (Evangelista et al., 2010)?
 - c. Auf was sollte man Ihrer Meinung achten, wenn man Bevölkerungsgruppen ansprechen will, die einer Minderheit angehören? Sind diese schwieriger zu erreichen? Wenn ja, wie könnte man sie dennoch erreichen? („Community-based“ Interventionsprogramme) (Brenner, 2002)
 - d. Wie könnte man Patientinnen bzw. Patienten-Gruppen erreichen, die tendenziell nicht an DMPs teilnehmen (jüngere Personen und Männer (Sidebottom et al., 2021)?
11. Wie würden Sie diagnostisch entscheiden, ob Patientinnen bzw. Patienten für ein DMP infrage kommen?
- a. Würden Sie gerne mit einem Diagnosetool, wie z.B. einem Punkteplan oder Kriterienkatalog zur Risikoeinschätzung, arbeiten (Smeets et al., 2019)?
 - b. Kennen Sie das Diagnosetool zur Chronischen Herzinsuffizienz? Wenn ja: Was denken Sie darüber?
12. Wenn Sie nun an Ihre Patientinnen bzw. Patienten denken, die für ein DMP geeignet wären: Welche Möglichkeiten sehen Sie, Patientinnen bzw. Patienten zu einer Teilnahme zu motivieren (Sidebottom et al., 2021)?
- a. Wie würden Sie die Patientinnen bzw. Patienten-Compliance einschätzen (McClaran et al., 2001)?
 - b. Falls nicht erwähnt: Gestalten Sie eine gemeinsame Zielsetzung mit den Patientinnen bzw. Patienten? (Goal-setting) (Fernandez et al., 2009)
13. Welche Methoden bzw. Kommunikationstechniken benutzen Sie, um Patientinnen bzw. Patienten über ihre Erkrankung aufzuklären?
14. Wären Sie im Rahmen eines DMPs an Unterstützung zur verbesserten Patientinnen bzw.

Patienten-Kommunikation interessiert (z.B. im Rahmen eines Workshops oder Materialien zu Risikokommunikation; Motivational Interviewing; (Brodie et al., 2008; Kennedy & Hales, 2018)?

15. Welche Möglichkeiten, Patientinnen bzw. Patienten über DMPs zu informieren und DMPs zu bewerben sind Ihnen bekannt?
 - a. Wenn zögern: Ich denke hier besonders an z.B. Massenmedien, Arbeitsplatz, Krankenhäuser, Apotheken, Social Media, etc. (Shahim et al., 2018)
 - b. Und wie bewerten Sie diese erfahrungsgemäß bezüglich der Effektivität?
16. Welche Kommunikationsmaterialien setzen Sie im Rahmen eines DMP ein/würden Sie gerne einsetzen?
 - a. Falls nicht erwähnt: z.B. Educational Booklet (Siddhartan et al., 2016), Health Diary, Kühlschrankmagnete, postalische Zuschriften, Gruppensession, Telefonanrufe, Erinnerungsmails (Feder et al., 1999; Fernandez et al., 2009)
17. Unter welchen Umständen würden Sie Ihren chronischen Patientinnen bzw. Patienten zutrauen, den Verlauf ihrer chronischen Krankheit im Selbstmanagement zu überwachen?
 - a. ...mit der Hilfe von Online-Tools (z.B. Feedback via Internet; (Piette et al., 2008)?
 - b. ...mit der Hilfe einer ambulanten Pflege(fach)kraft (z.B. Out-of-home Care-Giver; (Piette et al., 2008)?
 - c. Wäre dies für Sie eine zeitliche, finanzielle, diagnostische Entlastung?
18. Können Sie sich vorstellen, die Familie oder andere Bezugspersonen (Peers) zur Unterstützung des Gesundheitszustandes der chronischen Patientinnen bzw. Patienten miteinzubeziehen (Aziz et al., 2018)?
 - a. Wenn ja, was für Vorteile würden sich für Sie persönlich als Gesundheitspersonal daraus ergeben?
 - b. Wenn nein, warum nicht (z.B. zu große Verantwortung für Bezugsperson, Stress und Angst auf Seiten der Bezugspersonen) (Veltelen et al., 2018)?
19. Können Sie sich vorstellen, bei einem DMP teilzunehmen, das auf Gemeinschaft und Community basiert (z.B. ein DMP in der Arbeit/Schule/Gemeinde) (Brenner, 2002; Mittelmark et al., 1993)?
20. Können Sie sich vorstellen, zusätzlich zu anderen DMP-Aktivitäten, z.B. Gruppensitzungen anzubieten?
 - a. Welche Vorteile hätte das für Sie als Gesundheitspersonal im Vergleich zu einer „normalen“ Behandlung Ihrer chronischen Patientinnen bzw. Patienten? (z.B. soziale Unterstützung der Community, Hilfe für Patientinnen bzw. Patienten bei täglicher Versorgung/Medikamenteneinnahme, etc.) (Aziz et al., 2018)

Nun möchte ich Ihnen gerne noch konkret ein paar Fragen zum DMP für Chronische Herzinsuffizienz stellen.

21. Haben Sie bereits vom DMP für Chronische Herzinsuffizienz gehört?
- Falls ja: Was ist Ihre bisherige Meinung dazu?
 - Falls ja: Wäre das für Sie eine Option? Wenn ja/nein: Warum?
 - Falls nein: Kurze Erläuterung des DMP für Chronische Herzinsuffizienz. Wäre dies für Sie eine Option? Wenn ja/nein: Warum?
22. Falls nicht bereits schon erwähnt: Wenn Sie nun spezifisch an ein DMP für Chronische Herzinsuffizienz denken:
- Gibt es spezifische Hürden oder Bedenken?
 - Welche Kommunikationstools wären hier sinnvoll, um (1) passende Patientinnen bzw. Patienten zu erreichen, um eine Teilnahme anzubieten (z.B. Massenmedien, Arbeitsplatz, Krankenhäuser, Apotheken, Social Media, etc.) und (2) mit Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer des DMP zu kommunizieren (z.B. Educational Booklet, Health Diary, Kühlschrankmagnete, postalische Zuschriften, Gruppensession, Telefonanrufe, Erinnerungsmails)?
 - Welche Informationen würden Sie benötigen um die Teilnahme an einem DMP für Chronische Herzinsuffizienz in Betracht zu ziehen?
 - Wie könnte für Ihre Berufsgruppe ein Anreiz geschaffen werden, um an einem DMP für Chronische Herzinsuffizienz teilzunehmen?
 - Wie könnten Patientinnen bzw. Patienten motiviert werden daran teilzunehmen?

Leitfaden Interview Patientinnen bzw. Patienten

Teilnehmende :	20 Interviews mit Patientinnen bzw. Patienten mit CHI
Interesse:	Awareness von DMPs; Ansprüche an DMPs; Empowerment; Unterschiede zwischen Personen, die an DMPs teilnehmen und die nicht teilnehmen (z.B. Alter, Gesundheitszustand) (Schick, 2018); Kommunikationstools
Art des Kontaktes:	Video/Telefoninterviews
Zeitraum:	***** 2021

Intro: Lieber/Liebe Frau/Herr ***** , vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview. Das Interview wird circa 20 bis 30 Minuten dauern und wird von der Universität Wien im Auftrag der österreichischen Sozialversicherung durchgeführt. Wir haben Ihren Kontakt durch NAME ARZT/ÄRZTIN zur Verfügung gestellt bekommen. Wir behandeln Ihre Daten und Angaben streng vertraulich und anonym. Das bedeutet, dass durch Ihre Antworten keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein werden. Sie können auch Fragen auslassen, wenn Sie sie nicht beantworten wollen. Sie können das Interview jederzeit beenden. Wenn Sie einverstanden sind, nehmen wir das Interview auf, damit wir Ihre Antworten aufschreiben können. Sind Sie damit einverstanden?

Bei dieser Befragung beschäftigen wir uns mit strukturierten Behandlungsprogrammen, die man Disease-Management oder Disease-Management-Programm nennt. Abgekürzt sagt man dazu DM oder DMP. DMPs sollen chronisch Erkrankten dabei helfen ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und die Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten. DMPs

werden mit dem Ziel eingeführt, die ärztliche Behandlung langfristig zu verbessern. Sie werden auch „Chronikerprogramme“ genannt. DMPs umfassen regelmäßige Arzttermine mit Beratungsgesprächen und Untersuchungen sowie die Vermittlung von Hintergrundinformationen zum Beispiel durch Schulungen (siehe Gesundheitsinformation.de).

Ich möchte mit einigen allgemeinen Fragen zu Ihrer Einstellung zu DMPs beginnen.

1. Wie würden Sie Ihr Wissen in Bezug auf die chronische Herzinsuffizienz einschätzen? Bitte schätzen Sie Ihr Wissen in Bezug auf die chronische Herzinsuffizienz auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) ein.
2. Haben Sie schon einmal von einem Disease-Management-Programm (kurz: DMP) oder von anderen medizinischen Versorgungsprojekten gehört?
 - a. Wenn ja: Können Sie diese kurz in eigenen Worten beschreiben?
 - b. Kennen Sie DMPs (z.B. „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“)? Wenn ja: Was halten Sie davon?
 - c. Wenn nein: Kurze erneute Erläuterung, was DMPs sind. Nach Erläuterung: Was halten Sie davon? Weiter zu Frage 6.
3. Haben Sie in der Vergangenheit an einem DMP oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten teilgenommen bzw. nehmen Sie aktuell an einem teil?
 - a. Wenn ja: Wie ist der Name des DMPs bzw. des medizinischen Versorgungsprojektes? Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen damit?
 - b. Wenn nein: Warum nicht?
4. Haben Sie bereits von einem DMP für Chronische Herzinsuffizienz gehört?
 - a. Falls ja und auch schon teilnehmend: Von wem haben Sie davon gehört? Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen?
 - b. Falls ja, aber noch nicht teilnehmend: Von wem haben Sie davon gehört? Haben Sie darüber nachgedacht, teilzunehmen? Wenn ja/nein: Warum? Weiter zu Frage 6.
 - c. Falls nein: Wäre dies interessant für Sie? Wenn ja/nein: Warum? Weiter zu Frage 6.
5. Welche Erfahrungen haben Sie mit DMPs gemacht?
 - a. Wie haben Sie von der Möglichkeit zur Teilnahme erfahren?
 - b. Was hat Sie zur Teilnahme motiviert?
 - c. Was ist Ihnen besonders positiv aufgefallen?
 - d. Was ist verbesserungsfähig?
 - e. Würden Sie DMP ihrer Familie oder Ihren Freundinnen bzw. Freunde und Bekannten weiterempfehlen?
6. Haben Sie bei DMPs Bedenken bzw. fallen Ihnen Gründe ein, warum Sie nicht (erneut bzw. erstmalig) an einem DMP teilnehmen wollen würden?

- a. Wenn ja: Welche? (z.B. Scham, Angst vor ärztlichem Personal, Respekt vor Krankenhäusern, fehlendes Vertrauen gegenüber Gesundheitspersonal, finanzielle Gründe (keine Zeit), Sorgen rund um die Ausstattung (Smartphone; Goodridge et al., 2019)
 - b. Wenn nein: Warum haben Sie keine Bedenken?

- 7. Was wäre für Sie wichtig zu wissen, damit sie sich für eine (erneute bzw. erstmalige) Teilnahme an einem DMP entscheiden oder entscheiden könnten?
 - a. Welche Informationen würden Sie brauchen?
 - b. Was wäre Ihnen bei der Gestaltung eines DMP besonders wichtig? (z.B. face-to-face Kontakt mit Ärztinnen bzw. Ärzte) (Berra et al., 2009); Behandlungsziele mit Ärztinnen bzw. Ärzte gemeinsam setzen – Goal-setting) (Fernandez et al., 2009)
 - c. Was ist Ihnen bei Ihrer Betreuung/medizinischen Versorgung im Rahmen eines DMPs wichtig?

- 8. Ganz allgemein: Wie stehen Sie zu DMPs (Wändell et al., 2018)? Was assoziieren Sie mit DMPs? (Auch, wenn Sie heute das erste Mal von DMPs erfahren haben), Was denken Sie über solche Behandlungsprogramme?

- 9. Wie hat Ihnen ihr Arzt/ihre Ärztin Ihr Risiko für Chronische Herzinsuffizienz erklärt?
 - a. Wie würden Sie sich wünschen, dass Ihre Ärztin/Ihr Arzt Sie über Ihr Risiko oder Ihre Krankheit informiert?
 - b. Können Sie bei ihrer Ärztin/Ihrem Arzt Fragen stellen, wenn Sie etwas nicht verstanden haben? Falls ja: Sind sie dann mit der Antwort zufrieden?; Falls nein: Würden Sie sich wünschen, Fragen stellen zu können?
 - c. Ist es für Sie wichtig, dass Sie selbst die Entscheidung treffen oder möchten Sie lieber einen Rat von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt?

- 10. Welche Kommunikationsmöglichkeiten würden Sie bei einem DMP grundsätzlich begrüßen und warum?
 - a. Falls nicht erwähnt: z.B. Educational Booklet (Siddharthan et al., 2016), Health Diary, postalische Zuschriften (Feder et al., 1999), Kühlschrankmagnete, Gruppensession, Telefonanrufe, Erinnerungsmails (Fernandez et al., 2009)?

- 11. Welche Themen sollten Ihrer Meinung nach in den Informationsmaterialien behandelt werden?
 - a. Falls nicht erwähnt: Haben Sie spezifische Wünsche an Informationsmaterialien bzw. wie/auf welchem Weg Sie informiert werden wollen?

- 12. Können Sie sich vorstellen an einem DMP teilzunehmen, bei dem auch Ihre Familie oder andere Bezugspersonen (Peers) miteinbezogen werden und sie unterstützen?
 - a. Wenn ja, warum? (z.B. offene und unterstützende Kommunikation über die Krankheit, Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung/bei der Krankheitsbewältigung, Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, etc.) (Rosland & Piette, 2010)
 - b. Wenn nein, warum nicht? (z.B. schlechte Beziehung zur Familie/Bezugspersonen, Kritik, Kontrolle, kein Mitgefühl etc.) (Dunbar et al., 2008)

- c. Trauen Sie Ihrer Familie oder anderen Bezugspersonen zu, dass diese sich am DMP beteiligen und somit miteinbezogen werden (z.B. zu viel Verantwortung, Stress und Angst auf Seiten der Bezugspersonen) (Voltelen et al., 2018)?
13. Können Sie sich vorstellen, an einem DMP teilzunehmen, das auf Gemeinschaft und Community basiert (z.B. Ein DMP in der Arbeit/Schule/Gemeinde) (Brenner, 2002; Mittelmark et al., 1993)?
- a. Können Sie sich vorstellen, zusätzlich zu anderen DMP-Aktivitäten, z.B. an Gruppensitzungen teilnehmen?
 - b. Könnten Sie durch eine Gruppe mit anderen Menschen, die an der gleichen Krankheit leiden wie Sie, bei der Teilnahme am DMP unterstützt werden? Falls ja, wie?
 - c. Welche Motivation würde für Sie von der Gemeinschaft ausgehen? (z.B. soziale Unterstützung, Hilfe bei tagtäglicher Versorgung/Medikamenteneinnahme, etc.) (Aziz et al., 2018)?
14. Können Sie sich vorstellen, dass Sie selbst Ihre Krankheit/Ihren Gesundheitszustand beobachten und feststellen, ob es Ihnen besser oder schlechter geht? Unter welchen Umständen würden Sie es sich als Patientin bzw. Patient zutrauen, dass Sie in Zuge eines DMP den Verlauf Ihrer chronischen Krankheit selbst überwachen? Welche Unterstützung bräuchten Sie hierbei von ärztlicher Seite?
- a. Würden Ihnen Online-Tools dabei helfen (z.B. Feedback via Internet) (Piette et al., 2008)?
 - b. Würde Ihnen eine ambulanten Pflegekraft dabei helfen (z.B. Out-of-home Care-Giver) (Piette et al., 2008)?
15. Was würden Sie sich ganz persönlich von einem DMP wünschen? (z.B. Fehlinformation aufklären, spezifische Fähigkeiten vermitteln, wie gesunde Verhaltensweisen für Herzkranken umgesetzt werden können, etc.) (Gettleman & Winkleby, 2000)

Leitfaden Interview Journalistinnen bzw. Journalisten

Teilnehmende: 5 Interviews mit **Journalistinnen bzw. Journalisten**

Interesse: Rolle als Informationsvermittlerinnen bzw. -vermittler

Art des Kontaktes: Video/Telefoninterviews

Zeitraum: ***** 2021

Intro: Lieber/Liebe Frau/Herr ***** , vielen Dank für Ihre Teilnahme an diesem Interview. Das Interview wird circa 20 bis 30 Minuten dauern und wird von der Universität Wien im Auftrag der österreichischen Sozialversicherung durchgeführt. Wir behandeln Ihre Daten und Angaben streng vertraulich und anonym. Das bedeutet, dass durch Ihre Antworten keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sein werden. Sie können auch Fragen auslassen, wenn Sie sie nicht beantworten wollen. Sie können das Interview jederzeit beenden. Wenn Sie einverstanden sind, nehmen wir das Interview auf, damit wir Ihre Antworten aufschreiben können. Sind Sie damit einverstanden?

Bei dieser Befragung beschäftigen wir uns mit strukturierten Behandlungsprogrammen, die man Disease-Management oder Disease-Management-Programm nennt. Abgekürzt sagt man dazu DM oder DMP. DMPs sollen chronisch Erkrankten dabei helfen ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und die Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten. DMPs werden mit dem Ziel eingeführt, die ärztliche Behandlung langfristig zu verbessern. Sie werden auch „Chronikerprogramme“ genannt. DMPs umfassen regelmäßige Arzttermine mit Beratungsgesprächen und Untersuchungen sowie die Vermittlung von Hintergrundinformationen zum Beispiel durch Schulungen (siehe Gesundheitsinformation.de).

Ich möchte mit einigen allgemeinen Fragen zu Ihrer Einstellung zu DMPs beginnen.

Zuallererst zu einer allgemeinen Frage:

1. Wie würden Sie Ihre typische bzw. Ihren typischen Leserin bzw. Leser, Hörerin bzw. Hörer, Seherin bzw. Seher (Gesundheit, sozio-ökonomischer Hintergrund) beschreiben?
2. Haben Sie schon einmal von Disease-Management-Programmen (kurz: DMPs) oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten gehört?
 - a. Wenn ja: Können Sie diese kurz in eigenen Worten beschreiben? Wissen Sie, für welche Erkrankungen das DMP oder anderen medizinischen Versorgungsprojekte in Österreich eingesetzt werden?
 - b. Kennen Sie ein DMP in Österreich (z.B. „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“) oder anderen medizinischen Versorgungsprojekte (z.B. „HerzMobil – Tirol“)? Wenn ja: Was halten Sie davon?
 - c. Wenn nein: Kurze erneute Erläuterung, was DMPs sind. Nach Erläuterung: Was halten Sie davon?
3. Haben Sie bereits vom DMP für Chronische Herzinsuffizienz gehört?
 - a. Falls ja: Von wem haben Sie davon gehört? Was ist Ihre bisherige Meinung dazu?
 - b. Falls nein: Kurze Erläuterung des DMP für chronische Herzinsuffizienz.
4. Ganz allgemein: Wie stehen Sie zu DMPs (Wändell, 2018)? Was assoziieren Sie mit DMPs? (Auch, wenn Sie heute das erste Mal von DMPs erfahren haben), Was denken Sie über solche Behandlungsprogramme?

Die nächsten Fragen beziehen sich auf bisherige mediale Kommunikation/Berichterstattung über DMPs.

5. Haben Sie schon einmal einen Beitrag zu DMP oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten gemacht?
 - a. Wenn ja: Welche/s DMP/s oder Projekte wurde/n vorgestellt? Können Sie kurz die Gestaltung des Beitrags beschreiben?
 - b. Wenn nein: Aus welchen Gründen?
6. Wurde Information über das DMP oder andere medizinische Versorgungsprojekte, die bisher in Österreich eingeführt wurden, an Ihre Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer kommuniziert?

- a. Falls ja: Bitte beschreiben Sie etwas genauer, wie die Einführung von DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten bisher kommuniziert wurde (z.B. neutrale Information, genaue Bestandteile des DMPs erwähnt, etc.).
 - b. Falls nein: Welche Gründe hatte das Ihrer Meinung nach?

- 7. Wurden abseits der Erläuterung der Einführung von DMPs, oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten, Informationen in Bezug auf DMPs/Projekte an Ihre Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer kommuniziert?
 - a. Falls ja: Welche Informationen wurden übermittelt?
 - b. Falls nein: Welche Gründe hatte das?

- 8. Ganz generell: Was wären/waren bisherige Anlässe bzw. Motivatoren, um über DMPs oder andere medizinische Versorgungsprojekte zu berichten?

- 9. Bekommen Sie von medizinischen Organisationen Informationen rund um DMPs oder andere medizinische Versorgungsprojekte (z.B. Presseaussendung bei Neueinführungen)?
 - a. Wenn ja: Welche Informationen bekommen Sie?
 - b. Wenn nein: Würde Sie das interessieren?

- 10. Wie sollten diese Informationen für Sie am besten aufbereitet sein, um Ihre Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer anzusprechen?
 - a. Z.B. viele Bilder, viele Zahlenwerte, persönliche Schicksale, Interviews mit Ärztinnen bzw. Ärzte etc.?

- 11. Wenn Sie nun ganz spezifisch an Ihre Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer denken, was meinen Sie: Wie ist die Einstellung Ihrer Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer gegenüber DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten? Bitte schätzen Sie die Einstellung Ihrer Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer gegenüber DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) ein.
 - a. Falls nicht erwähnt: Speziell in Bezug auf das DMP „Chronische Herzinsuffizienz“?

- 12. Wie würden Sie das Wissen Ihrer Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer in Bezug auf DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten in Österreich einschätzen? Bitte schätzen Sie das Wissen Ihrer Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer gegenüber DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) ein.
 - a. Falls nicht erwähnt: Speziell in Bezug auf das DMP „Chronische Herzinsuffizienz“?

- 13. Wie würden Sie das Interesse Ihrer Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer in Bezug auf DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten in Österreich und der Berichterstattung darüber einschätzen? Bitte schätzen Sie die Einstellung Ihrer Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer gegenüber DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten auf einer Skala von 1 (sehr interessiert) bis 5 (gar nicht interessiert) ein.
 - a. Falls nicht erwähnt: Speziell in Bezug auf das DMP „Chronische Herzinsuffizienz“?

14. Wie sollte Information über DMPs oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten am besten an Ihre Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer kommuniziert werden?
- a. Welche Informationen würden Sie hier von den Organisatorinnen bzw. Organisatoren des DMP oder anderen medizinischen Versorgungsprojekten (z.B. Gesundheitspersonal) benötigen?
 - b. Falls nicht erwähnt: Speziell in Bezug auf das DMP „Chronische Herzinsuffizienz“?
15. Stellen Sie sich nun bitte kurz vor, Sie planen einen Beitrag über das DMP Chronische Herzinsuffizienz: Wie würden Sie die Informationen am besten an Ihre Leserinnen bzw. Leser, Seherinnen bzw. Seher und Hörerinnen bzw. Hörer kommunizieren?

ANHANG B: ZIELGRUPPEN-BESCHREIBUNG DER JOURNALISTINNEN BZW. JOURNALISTEN

No.	Medium	Zielgruppe	Einschätzung Wissen über & Einschätzung von DMPs
1	Print	Wiener Ärzte ab einem Alter von 40+ Jahren	Abhängig davon, ob es eine Fachrichtung ist, für die die Arbeit mit DMPs relevant ist. Wissensvermittlung zu DMPs eher über interne Kommunikation
2	Online-Ausgabe einer Wochenzeitung	Junge Zielgruppe (Millenials und Gen Z (20-40 Jahre); leichter Überhang zu weiblichen Lesern; Studenten im Osten Österreichs	Wissen der Leser bei 3 („befriedigend“) Sie differenzierte jedoch weiter zwischen den Geschlechtern indem sie meinte, dass Frauen ein höheres Wissen aufweisen als Männer und jüngere ein höheres als Ältere. Das Interesse ihrer Leser sieht sie bei DMPs generell bei 2 („gut“), bei CHI bei 5 („nicht genügend“), da die Relevanz dieser Krankheit in der jungen Zielgruppe niedrig ist.
3	Onlineportal mit Newsletter	Gesundheitspersonal	Sie schätzte das Wissen zu DMPs sowie das Interesse an DMPs der Zielgruppe mit 3 („befriedigend“) ein, wobei sie betonte, dass es eventuell bei ihrer Zielgruppe unter einem anderen Namen bekannt ist.
4	TV-Sender & Radio	Ab 35 Jahren, eher 45+ Jahre alt; quer durch alle Bildungsschichten; Zielgruppe sehr gesundheitsinteressiert	Wissen der Seher zu DMP schätzte sie bei 3-4 („befriedigend“ bis „genügend“) ein, das Interesse bei 1-2 („sehr gut“ bis „gut“).
5	TV- und Printmedium	Konsumenten mit hohem Informationsbedürfnis und hohem Bildungsgrad	Das Wissen über DMPs seiner Zielgruppe schätzt er als 3-4 („befriedigend“ bis „genügend“) ein und das Interesse als 2-3 („gut“ bis „befriedigend“).
6	Printmedium	Männer und Frauen im mittleren und älteren Alter mit durchschnittlicher bis überdurchschnittlicher Bildung, hoher Medienkompetenz und hohem Interesse an Gesundheitsthemen	Er schätzte das Wissen zu DMP dieser Zielgruppe als 2-3 („gut“ bis „befriedigend“), das Interesse schätzte er als grundsätzlich hoch an, wenn ein Beitrag gut aufbereitet ist

ANHANG C: ZENTRALE KONSTRUKTE DER BEFRAGUNG DER ALLGEMEINEN BEVÖLKERUNG

Konstrukt	Messung	Ausprägung
Geschlecht	Sie sind...	männlich weiblich divers
Höchster Bildungsabschluss	Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	Kein Abschluss Pflichtschule Berufsschule/ Lehrlingsausbildung Berufsbildende mittlere Schule (HAS, Landwirtschaftliche Fachschule etc.) Allgemeinbildende höhere Schule (Matura, z.B. AHS, Realgymnasium, Gymnasium) Berufsbildende höhere Schule (Matura, z.B. HAK, HTL, HLW etc.) Hochschule (z.B. Universität oder Fachhochschule)
Erwerbstätigkeit	Sind Sie derzeit erwerbstätig?	ja nein
Hauptwohnsitz	In welchem Bundesland haben Sie Ihren Hauptwohnsitz?	Wien Niederösterreich Burgenland Steiermark Kärnten Oberösterreich Salzburg Tirol Vorarlberg
Bewusstsein für DMPs	Haben Sie vor dieser Befragung schon einmal von Disease-Management-Programmen (DMPs) oder anderen strukturierten Behandlungsprogrammen (z.B. „Therapie Aktiv“ oder „Herz Mobil“) gehört?	ja nein
	Wenn „ja“ ausgewählt wurde: Haben Sie oder Familienmitglieder, Bezugspersonen oder Bekannte bereits an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilgenommen? Und wenn ja, an welchem?	Ja, an: _____ nein

Konstrukt	Messung	Ausprägung
Wissen über DMPs	DMPs... ... werden auch Chronikerprogramme genannt. ... umfassen regelmäßige Arzttermine mit Beratungsgesprächen und Untersuchungen. ... beinhalten die Vermittlung von Hintergrundinformation zu Krankheiten (z.B. durch Schulungen und Workshops). ... sind in Österreich derzeit noch eine Seltenheit (es gibt derzeit nur ein aktives DMP in Österreich: „Therapie Aktiv“). ... sind systematisch, multiprofessionell und Patientinnen bzw. Patientenorientiert ausgerichtet. ... sind Langzeitbetreuungsprogramme.	1 = Gar nicht bekannt 2 3 4 5 6 7 = Sehr bekannt
Wissen über Chronische Herzinsuffizienz	Welcher Begriff hat per Definition dieselbe Bedeutung wie chronische Herzinsuffizienz?	☒ Chronische Herzschwäche. ☐ Chronisches Herzflimmern. ☐ Chronisches Herzversagen. ☐ Chronischer Herzfehler.
	Ein typisches Symptom der chronischen Herzinsuffizienz ist ...	☐ ... Gewichtsverlust. ☐ ... Juckreiz. ☐ ... Schüttelfrost. ☒ ... Luftnot.
	Was ist KEINE Ursache für chronische Herzinsuffizienz?	☐ Genetische Faktoren. ☒ Niedriger Blutdruck. ☐ Atemaussetzer im Schlaf (Schlafapnoe). ☐ Diabetes.
	Was trifft auf chronische Herzinsuffizienz zu? Chronische Herzinsuffizienz ist ...	☐ ... eine Fehlversorgung der Organe mit schädlichen Nährstoffen. ☐ ... eine herkömmliche Alterserscheinung. ☐ ... eine heilbare Krankheit des Herzens. ☒ ... eine Mangelversorgung der Organe mit Sauerstoff und Nährstoffen.
	Welche Therapiemöglichkeit wird zur Behandlung von chronischer Herzinsuffizienz in erster Linie empfohlen?	☐ Insulintherapie. ☐ Akupunktur. ☐ Asthma-Spray. ☒ die Gabe von entwässernden Mittel (Diuretika).

Konstrukt	Messung	Ausprägung
Allgemeine Einstellung gegenüber DMPs	Ich denke, Disease-Management-Programme (DMPs) sind schlecht – gut unvorteilhaft – vorteilhaft unangenehm – angenehm unsympathisch – sympathisch unzuverlässig – zuverlässig inkompetent – kompetent von geringem Ansehen – von hohem Ansehen unempfindlich für Patient – empfänglich für Patient nicht vertrauenswürdig – vertrauenswürdig wirkungslos – wirkungsvoll einengend – locker	Semantisches Differential (1-7)
Einschätzung der Wirksamkeit von DMPs	Ganz generell, glaube ich, dass im Rahmen eines DMPs... ... Teilnehmer eine bessere Lebensqualität ermöglicht wird. ... Beschwerden von Teilnehmern verringert werden. ... Teilnehmer im Alltag mit den Erfordernissen der Krankheit sowie derer Behandlung besser zurechtzukommen.	1 = Stimme gar nicht zu 2 3 4 5 6 7 = Stimme voll und ganz zu
Miteinbeziehung von Familien oder anderen Bezugspersonen: Positive Auswirkungen	Ich kann mir vorstellen, dass die Einbindung von Familie/Bezugspersonen in DMPs... ... einen großen gesundheitlichen Vorteil für Teilnehmer bringt. ... bei der Symptomüberwachung, der Durchführung medizinischer Tests und der Medikamentenorganisation der Teilnehmer gut funktioniert.	1 = Stimme gar nicht zu 2 3 4 5 6 7 = Stimme voll und ganz zu
Miteinbeziehung von Familien oder anderen Bezugspersonen: Negative Auswirkungen	Ich kann mir vorstellen, dass die Einbindung von Familie/Bezugspersonen in DMPs... ... zur Überforderung der Familie/Bezugspersonen führt. ... negative Folgen für die zwischenmenschliche Beziehung von Teilnehmern und Familie/Bezugspersonen hat.	

Konstrukt	Messung	Ausprägung
Miteinbeziehung der Gemeinde: Positive Auswirkungen	Ich kann mir vorstellen, dass die Unterstützung durch Gemeinden/Gemeinschaften im Rahmen eines DMPs... ... zum Wohl der Teilnehmer positiv beiträgt. ... das Vertrauen der Teilnehmer in DMPs stärkt.	1 = Stimme gar nicht zu 2 3 4 5 6 7 = Stimme voll und ganz zu
Miteinbeziehung der Gemeinde: Negative Auswirkungen	Ich kann mir vorstellen, dass die Unterstützung durch Gemeinden/Gemeinschaften im Rahmen eines DMPs... ... sich für Teilnehmer wie eine Kontrolle und Überwachung anfühlt. ... für Teilnehmer unangenehm ist, da die ganze Gemeinde in das DMP und die Krankengeschichte eingebunden ist.	6 7 = Stimme voll und ganz zu
Miteinbeziehung von Pflegepersonen und medizinischen Assistenzberufen	Ich würde mich über Unterstützung einer Pflegekraft freuen. Ich würde mich von einer Pflegekraft kompetent geschult fühlen. Ich würde mich wohlfühlen, mit einer Pflegekraft meine Gesundheitssituation zu besprechen. Ich würde Ratschläge einer Pflegekraft zu meiner Gesundheitssituation ernst nehmen. Ich habe das Gefühl, eine Pflegekraft würde sich Zeit nehmen meine Probleme zu verstehen. Ich würde mich mit einer Pflegekraft, die zu mir nachhause kommt, wohlfühlen.	1 = Stimme gar nicht zu 2 3 4 5 6 7 = Stimme voll und ganz zu
Kommunikationsmaterialien über DMPs	Im Rahmen von DMPs werden oft Materialien eingesetzt, die die Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Teilnehmern erleichtern. Wie wahrscheinlich würden Sie die folgenden Kommunikationsmaterialien als Teilnehmer im Rahmen eines DMPs benutzen? Schulungsbüchlein (mit Hintergrundinformation zur Krankheit) Broschüren und Flyer (mit Hintergrundinformation zur Krankheit) Postalische Zusendungen (mit Erinnerung an Arzttermine oder gesundheitsförderndes Verhalten/Information zur Krankheit) Gesundheitstagebuch (Symptome, etc. können hier dokumentiert werden) Telefonanrufe (mit Erinnerung an Arzttermine oder Abfrage des Gesundheitszustandes) E-Mails (mit Erinnerung an Arzttermine oder gesundheitsförderndes Verhalten/Information zur Krankheit) Telemonitoring (Symptome, etc. können online dokumentiert werden)	1 = Gar nicht wahrscheinlich 2 3 4 5 6 7 = Sehr wahrscheinlich

Konstrukt	Messung	Ausprägung
Verhaltensintentionen gegenüber DMPs	Ich werde über die guten Seiten von DMPs reden. Ich werde anderen von der Sinnhaftigkeit von DMP erzählen. Ich werde anderen von dem Nutzen von DMP erzählen. Ich werde anderen von der Vielzahl der Vorteile durch eine Teilnahme an einem DMP erzählen. Wenn ich medizinische Betreuung brauche, dann werde ich die Teilnahme an einem passenden DMP in Betracht ziehen. Freundinnen bzw. Freunde oder Verwandte, die medizinische Betreuung brauchen, werde ich ermutigen, bei einem passenden DMP teilzunehmen. Ich empfehle anderen, die es benötigen, dringend, sich über DMPs zu informieren bzw. daran teilzunehmen. Ich werde jemandem, der mich um Rat fragt und medizinische Betreuung benötigt, die Teilnahme an einem passenden DMP empfehlen.	1 = Stimme gar nicht zu 2 3 4 5 6 7 = Stimme voll und ganz zu
Motivatoren für die Teilnahme an DMPs	Welche Faktoren sehen Sie als motivierend für Patienten an, an einem für ihre Krankheit passenden DMP teilzunehmen? Vermehrte Kommunikationsmöglichkeit mit Gesundheitspersonal Messbares, realistisches Gesundheitsziel mit einer spezifischen Frist zur Überprüfung des Gesundheitszieles Enger, regelmäßiger Kontakt mit Gesundheitspersonal (z.B. durch Erinnerungsanrufe, und -mails des Gesundheitspersonals) Erwerb von Fähigkeiten im Umgang mit der eigenen Krankheit Finanzielle Anreize (z.B. verringerte Rezeptgebühr für gewisse Medikamente) Professionelle Versorgung von einem fächerübergreifenden Team Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustandes Nutzung von personalisierten und technologiebasierten Tools (z.B. Smartphones) Peer-Support (Zusammenarbeit in der Patientengruppe, Gruppensitzungen) Möglichkeiten zur aktiven Gestaltung des Programmes Gibt es darüber hinaus weitere Motivatoren für Sie bei einem DMP teilzunehmen?	1 = Stimme gar nicht zu 2 3 4 5 6 7 = Stimme voll und ganz zu offenes Kommentarfeld

Konstrukt	Messung	Ausprägung
Hürden für die Teilnahme an DMPs	Welche Hürden und Barrieren können Sie für Patienten erkennen, an einem für ihre Krankheit passenden DMP teilzunehmen? Vermehrter Zeitaufwand Vermehrter bürokratischer Aufwand Verpflichtende Teilnahme an vollem Programm Keine flexible Zeiteinteilung Große Reisedistanz Sprachbarriere Fehlender Sinn und Zweck Gefühl von gesundheitlicher Überwachung Überforderung mit technologiebasierten Tools (z.B. Smartphones), die im Rahmen des DMPs eingesetzt werden	1 = Gar nicht 2 3 4 5 6 7 = Voll und ganz
Informationsvermittlung über DMPs	Die nächsten Aussagen befassen sich mit Orten, an denen Information zu DMPs aufliegen. Wo würde Sie diese Information am besten erreichen? Massenmedien (z.B. TV, Zeitung, Radio, etc.) Werbeflyer per Post Arbeitsplatz Krankenhaus oder Arztpraxis Apotheke Social Media (z.B. Facebook, Instagram, etc.) Websites von Gesundheitseinrichtungen Freizeiteinrichtungen (z.B. Sport, Kirche, etc.)	1 = Gar nicht 2 3 4 5 6 7 = Sehr gut

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) hat entsprechend den einschlägigen Leitlinien-Empfehlungen der European Society of Cardiology zwischen 2019 und 2021 ein Rahmenkonzept für ein österreichweites Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz erarbeitet. Insgesamt wurden neun Teilkonzepte, teilweise in Kooperation mit bzw. mittels Beauftragung externer Institutionen, erarbeitet und in ein Gesamtkonzept eingegliedert. Ziel war es, Eckpunkte für eine langfristige einheitliche Versorgung bei chronischer Herzinsuffizienz zu definieren und dabei die unterschiedlichen Ansätze der bislang in Österreich umgesetzten (Pilot)-Projekte durch einen modularen Aufbau in das Rahmenkonzept zu integrieren.

Das CCIV ist eine Einrichtung der österreichischen Sozialversicherung und fungiert als zentrale Stelle, an der Expertise und Erfahrung zur integrierten Versorgung aufgebaut und gebündelt werden. Mit seinen Recherchen und Arbeiten werden der österreichischen Sozialversicherung und anderen wesentlichen Akteuren des österreichischen Gesundheitswesens Entscheidungsgrundlagen und Konzepte zu indikationsbezogenen und populationsbezogenen integrierten Versorgungsmodellen zur Verfügung gestellt.

ISBN 978-3-200-08376-9



9 783200 083769