

Julia Tabea Giró-Moissl
Dr. med.

Kardiovaskuläres Risikomanagement in der Hausarztpraxis – Vergleich der Beratungsinstrumente CARRISMA und e-ARRIBA – eine qualitative Studie

Promotionsfach: Allgemeinmedizin

Doktorvater: Prof. Dr. med. J. Szecsenyi, Dipl. Soz.

Das Dissertationsthema wurde im Rahmen des Projektes „Optimierung der Gesundheits- und Risikoberatung zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Hausarztpraxis“ durchgeführt. Hintergrund des Projektes ist die epidemiologische und volkswirtschaftlich bedeutsame Stellung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland und die damit verbundene Bedeutung der Prävention auf hausärztlicher Ebene. Die Kalkulation des kardiovaskulären Risikos stellt den ersten Schritt in einer umfassenden Risikoberatung dar, mit dem Ziel die Bereitschaft des Patienten zu Lebensstilveränderungen oder dem Beginn einer medikamentösen Therapie zu erhöhen und seine Eigenverantwortung zu fördern. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden die computergestützten Beratungsinstrumente CARRISMA und e-ARRIBA entwickelt, um Hausärzten ein Instrument zur effektiven Risikoberatung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an die Hand zu geben und die kardiovaskuläre Prävention in der Hausarztpraxis zu optimieren.

CARRISMA und e-ARRIBA ermöglichen dem Hausarzt die Berechnung des individuellen Risikos seines Patienten für die Entstehung eines kardiovaskulären Ereignisses (Herzinfarkt, Schlaganfall) innerhalb der nächsten zehn Jahre. Darüber hinaus bieten die Instrumente die Option, das kalkulierte Risiko zu visualisieren und mögliche Therapieoptionen mit entsprechender Risikoreduktion zu veranschaulichen. Dieses Vorgehen soll die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient für die weitere Behandlungsplanung unterstützen. Ziel der vorliegenden qualitativen Studie war es, die genannten Instrumente hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Akzeptanz bei den Ärzten sowie deren Einschätzung zum Nutzen der Instrumente für die Beratung zu überprüfen.

Der aktuelle Forschungsstand verzeichnet überwiegend quantitative Studien, die zur Validierung der Risikokalkulatoren in der Präventionsberatung durchgeführt wurden. Damit bleibt aber die Frage über eine praktikable Form der Risikokalkulation und – kommunikation offen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, auf Basis eines qualitativen Ansatzes die bestehende Lücke zu füllen und Umsetzungsmöglichkeiten eines praktikablen Risikomanagements in der Hausarztpraxis zu ermitteln. In Anlehnung an Campbell et al. wurde ein exploratives Vorgehen gewählt, um Akzeptanz und Praktikabilität im „Alltag“ abzuschätzen. Qualitative Forschung ist insbesondere zur Erkundung von Ursachen (hier sind es Gründe für oder gegen die Praktikabilität und Akzeptanz des jeweiligen Beratungsinstrumentes) und Generierung von Verbesserungsvorschlägen (in dieser Studie sind es Vorschläge zur Verbesserung der Instrumente) ideal. Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich relevante Beurteilungskriterien für den fraglichen Sachverhalt ableiten und Hypothesen generieren. Besonders etabliert hat sich die qualitative Forschung, deren Ursprung in den Sozial- und Humanwissenschaften liegt, in der Allgemeinmedizin und

Versorgungsforschung. Hier dient die qualitative Forschung der Untersuchung unterschiedlicher Themen wie hausärztliche Einstellungen und Vorgehensweisen, sowie Arzt-Patienten Kommunikation. In dieser Studie wurden die Ärzte nach Anwendung der Instrumente mithilfe strukturierter Leitfaden-gestützter Telefoninterviews zu ihren Erfahrungen mit der Durchführung der Risikoberatung, v.a. zu Praktikabilität, Akzeptanz und ihren Eindrücken bezüglich der Patienten, befragt. Die Telefoninterviews wurden auf Tonband mitgeschnitten und anschließend am PC pseudonymisiert transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung erfolgte mit dem Computerprogramm Atlas.ti in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Auswertungs-Software unterstützt den Forscher bei der Kategorisierung der Aussagen, die in Haupt- und Unterkategorien gegliedert werden. Die Kategorien entstanden einerseits deduktiv auf Basis der Leitfragen und wurden andererseits induktiv anhand des Textmaterials gebildet. Anschließend wurden die kategorisierten Ausführungen interpretiert. Auf Basis der Interpretationen und der daraus folgenden Hypothesengenerierung können neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, die einen wertvollen Beitrag zur hausärztlichen Präventionsberatung leisten können. Der durch qualitative Inhaltsanalyse dieser Interviews gewonnene Vergleich der Instrumente kann zu einer Adaptation dieser genutzt werden und bildet die Grundlage für eine spätere Überprüfung der Effektivität mittels einer randomisierten, kontrollierten Studie. Diese Untersuchungen können die Voraussetzung für eine langfristige Implementierung der Instrumente sein.

Von den ursprünglich geplanten 30 Praxen für jedes Beratungsinstrument führten 20 Ärzte, die mit CARRISMA berieten, und 18 Ärzte, die e-ARRIBA nutzten, das Interview durch. Die Praxen der beiden Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Praxisform und dem Einzugsgebiet.

Trotz aller Kritik am Gesamtrisikokzept und den Risikokalkulatoren hinsichtlich ihrer Validität und Anwendbarkeit in der täglichen Praxisroutine scheinen die Instrumente CARRISMA und e-ARRIBA geeignet zu sein, das individuelle kardiovaskuläre Risiko dem Patienten verständlich zu kommunizieren und damit ein gemeinsames Verständnis als Basis für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu schaffen. Darüber hinaus scheinen die Instrumente eine Initialzündung hinsichtlich der Motivation zu Veränderungen des Lebensstils zu ermöglichen.

Ob das Konzept der computergestützten Risikokalkulation und –kommunikation von der Ärzteschaft akzeptiert wird, hängt weitestgehend davon ab ob die verwendeten Instrumente, technisch und inhaltlich einfach und gut verständlich sind und sich die darauf basierende Beratung mit vertretbarem zeitlichen Mehraufwand in die Praxisroutine integrieren lässt. Dies scheint mit e-ARRIBA eher erreichbar zu sein, als mit dem CARRISMA-Instrument. Bei ersterem wurde die Praktikabilität und Akzeptanz durch die Ärzte insgesamt besser beurteilt, zudem enthielt das Instrument weniger Fehler (inhaltlicher und technischer Art).

Generell sollten die Instrumente vor allem hinsichtlich technischer Aspekte wie In-tegration in die Praxissoftware mit Datenübernahme, einfachere Eingabe von Daten etc. überarbeitet werden. Für CARRISMA wurde auch eine Überarbeitung auf inhaltlicher Ebene postuliert. Die Ärzte versprachen sich insgesamt einen Nutzen von der Beratung aufgrund einer besseren Strukturierung, stärkerer Einbeziehung der Patienten und Motivation zur Verhaltensänderung.

