

Christine Arnold

Dr. sc. hum

Koordination der ambulanten Gesundheitsversorgung von Patienten und Patientinnen mit chronischer koronarer Herzkrankheit oder chronischer Herzinsuffizienz

Fach/Einrichtung: Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Doktorvater: Prof. Dr. Michel Wensing

Die chronische ischämische Herzkrankheit zählt weltweit zu den häufigsten Todesursachen. Sie geht für die Erkrankten mit erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag einher, beispielsweise mit einer verminderten Leistungsfähigkeit oder Dyspnoe. In der Folge kann es zu einer Herzinsuffizienz kommen, die häufig mit Krankenhausaufenthalten verbunden ist. Die beiden Erkrankungen erfordern unter anderem durch auftretende Komorbiditäten, z. B. Diabetes mellitus Typ 2, die Beteiligung von verschiedenen Ärzten und Ärztinnen sowie anderen Gesundheitsfachkräften, deren Handeln koordiniert werden muss, um die Qualität der Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Hierbei bleibt es jedoch eine Herausforderung, Neuerungen zu implementieren. Neben einer Vielzahl von individuellen Faktoren können soziale Interaktionen und Strukturen diese Prozesse beeinflussen. Das Ziel der Arbeit war es daher, die Strukturen des Informationsaustausches innerhalb von Hauspraxen zu explorieren sowie aus Patientensicht die Kontinuität und Qualität der ambulanten Gesundheitsversorgung bei chronischer ischämischer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz darzustellen. Des Weiteren wurde der Einfluss der Koordination der Gesundheitsversorgung auf die Verschreibung einer neuen Wirkstoffgruppe in der Behandlung der Herzinsuffizienz untersucht.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden verschiedene quantitative Analysen durchgeführt. In schriftlichen Fragebogenerhebungen im Querschnittsdesign wurden Mitarbeitende von Hausarztpraxen zum Informationsaustausch sowie Patienten und Patientinnen zur Kontinuität und Qualität der ambulanten kardiologischen Versorgung befragt. Die Frage zum Einfluss der Koordination auf die Implementierung eines neuen Medikaments wurde durch Abrechnungsdaten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Baden-Württemberg im Längsschnittsdesign beantwortet. Im Fokus der Analyse stand die soziale Netzwerkanalyse, die es ermöglicht soziale Interaktionen und Strukturen zu explorieren. Neben deskriptiven Statistiken wurden verschiedene Regressionsanalysen durchgeführt.

Zum Informationsaustausch innerhalb und außerhalb von Hausarztpraxen wurden 153 Mitarbeitende aus 40 Praxen in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und im Saarland schriftlich befragt, während von 25 Hausarztpraxen Netzwerke und somit Strukturen des Informationsaustausches dargestellt werden konnten. Am häufigsten ($n = 10$) waren vollständig verbundene Netzwerke in Bezug auf den wöchentlichen Informationsaustausch für die chronischen Erkrankungen ischämische Herzkrankheit und Diabetes mellitus Typ 2 vertreten. Im Vergleich zwischen den drei Erkrankungen ischämische Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2 und chronischer Herzinsuffizienz waren die meisten Mitarbeitenden bei der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 2 involviert.

Die Kontinuität und Qualität der Gesundheitsversorgung wurde auf der Grundlage von 435 Patientenfragebögen aus 26 Hausarztpraxen analysiert. Dabei konnte gezeigt werden, dass mit steigender Kontinuität der Versorgung die Qualität im Bereich der kardiovaskulären Prävention positiv beeinflusst wird. Insgesamt konnte in den verschiedenen Subskalen des ‚Nijmegen-Continuity-Questionnaire‘ eine hohe Kontinuität auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 3,2–4,1 aufgewiesen werden.

Der Einfluss von Koordination auf die Verschreibung eines neuen Medikaments wurde in einer binär-logistischen Regression nachgewiesen. In die Analyse wurden 7821 in Baden-Württemberg tätige Ärzte und Ärztinnen eingeschlossen. Lagen im Jahr 2017 mehr als zehn Verbindungen zu Ärzten und Ärztinnen vor, die das neue Medikament verschrieben hatten, ging dies mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Verschreibung des Medikaments im Jahr 2018 einher. Die Referenzgruppe waren hierbei Ärzte und Ärztinnen mit 0–5 Verbindungen. Mit sinkender Netzwerkbeschränkung (Constraint) stieg die Wahrscheinlichkeit, das Medikament im Jahr 2018 verschrieben zu haben. Das multivariable Regressionsmodell wurde beispielsweise für die Facharztbezeichnung und die Anzahl an Herzinsuffizienz-Patienten und -Patientinnen adjustiert.

Mit der sozialen Netzwerkanalyse innerhalb der Hausarztpraxis konnte dargestellt werden, dass im Bereich der Herzinsuffizienz die Integration der Medizinischen Fachangestellten verbessert werden kann. Insgesamt war eine hohe Anzahl der Praxen vollständig vernetzt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass vor allem kleinere Einzelpraxen an der Studie teilnahmen und in die Analyse eingeschlossen wurden. Die Kontinuität der hausärztlichen Versorgung wurde von den Patienten und Patientinnen als hoch eingeschätzt, was möglicherweise auf die Hausarztzentrierte Versorgung zurückgeführt werden kann. Im Bereich der Implementierung von neuen Medikamenten ist es gelungen, den Einfluss von sozialen Interaktionen darzustellen. Dies lässt sich durch die Theorie der sozialen Ansteckung erklären. Ein weiterer Erklärungsansatz ist die Wirkung der schwachen Verbindungen, die es ermöglichen, neue Informationen ins Netzwerk zu bringen, die Ärzte und Ärztinnen beispielsweise durch Qualitätszirkel oder Fortbildungen erhalten.

Die soziale Netzwerkanalyse konnte genutzt werden, um Strukturen des Informationsaustauschs zu identifizieren und eine Netzwerktopologie zu entwickeln, die in weiteren Studien eingesetzt werden kann. Womöglich führt die hohe Vernetzung innerhalb der Hausarztpraxis dazu, dass der Informationsaustausch nach außen reduziert ist. In der Entwicklung von Interventionen zur Förderung der Vernetzung innerhalb und außerhalb von Hausarztpraxen in der kardiovaskulären Versorgung sollte dies berücksichtigt werden. Ferner kann in der ersten Phase der Implementierung von Innovationen, der Bedarfsanalyse, die soziale Netzwerkanalyse verwendet werden, um den Kontext zu explorieren und meinungsführende Personen sowie Subgruppen zu identifizieren, was in der Entwicklung von Versorgungsprogrammen und Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beachtet werden sollte.