

Abschlussbericht

Integration der Lebensqualität in die klinische Praxis

Gefördert durch:

Tiroler Qualitätsförderungsfonds 2005
Projektnummer: TGF-10-00-0-00-02/364

Projektleiter:

Priv.-Doz. Mag. Dr. Stefan Höfer
Medizinische Universität Innsbruck
Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie
Schöpfstr. 23a
A-6020 Innsbruck
stefan.hoefer@i-med.ac.at

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	3
PROJEKTPARTNER.....	4
ZIELVORGABE	5
BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	5
<i>Instrumente</i>	6
<i>Zusatzfragen</i>	6
SOZIODEMOGRAPHISCHE & KLINISCHE DATEN.....	7
<i>Fragen zur Lebensqualität</i>	9
MacNew.....	12
Number needed to treat.....	13
DISKUSSION.....	13
<i>Projektkosten</i>	15
<i>Weiterführung</i>	15
GESAMTBURTEILUNG	16
LITERATUR	17

Einleitung

Lebensqualität ist ein im klinischen Betrieb zunehmend genutztes Kriterium, das in Wechselwirkung steht mit dem Verlauf und der Prognose besonders von chronischen Erkrankungen. Das Institute of Medicine (USA) unterstreicht die Wichtigkeit der Lebensqualitätsmessung (Top 10-Priorität in den nächsten Jahren), um tatsächlich zu einer patientenorientierten Behandlung kommen zu können und damit eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitssystems zu erreichen [1]. In Österreich wird im Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBL I NR 179/2004) gefordert, das Gesundheitswesen aus der subjektiven Sicht des Patienten zu evaluieren. In § 2 Abs. 1 wird die Patientenorientierung im Gesundheitswesen explizit über die Verbesserung der Lebensqualität eingefordert, welche in §2 Abs. 10 auch tatsächlich einen Punkt der Ergebnisqualität darstellt. Derzeit wird dies in Österreich nicht routinemäßig bzw. im klinischen Alltag umgesetzt. Vereinzelt wird dies im Rahmen von Studien erhoben. Im Bereich der Kardiologie nimmt die ambulante kardiologische Rehabilitation eine Vorreiterrolle ein. Hier gehört es zum Standard (siehe Leitlinien [2]) routinemäßig die Lebensqualität zu erfassen. Diese neben anderen Messparametern erhobenen Qualitätssicherungsmerkmale sind Voraussetzung für die Finanzierung der Leistungen durch die Sozialversicherungsträger.

Im Krankenhaus, in dem besonders durch wechselnde Ärzte eine wenig konstante Betreuung der Patienten gegeben ist, gehen subjektive Informationen über die Patienten, die nicht routinemäßig bzw. standardisiert (mit einheitlichen Fragen) erhoben und dokumentiert werden, verloren. Die Lebensqualitätsforschung und ihre routinemäßige Einbindung verfolgt damit ein wesentliches Ziel, nämlich auf standardisierte Weise die Behandler von der subjektiven Befindlichkeit der Patienten in Kenntnis zu setzen. Basierend auf der gesetzlichen Grundlage sowie den hier angeführten Überlegungen, ist die routinemäßige Befragung zur Lebensqualität bereits jetzt einzufordern und umzusetzen.

Die in diesem Projekt umgesetzte Qualitätssicherungsmaßnahme geht einen Schritt weiter und möchte nicht nur die routinemäßige Erfassung der Lebensqualität umsetzen, sondern auch an Patienten mit Herzinsuffizienz zeigen, wie sich die standardisierte Erhebung von Lebensqualitätswerten und diesbezügliche Rückmeldungen als Intervention auf die subjektive Gesundheit und Lebensqualität auswirken können.

Ausgehend von einer Studie mit onkologischen Patienten von Velikova et al. [3], in der nachgewiesen wurde, dass die Erhebung und Thematisierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität das Befinden von Patienten – ohne großen Zeit- oder Kostenaufwand – zusätzlich verbessert, wurden diese Interventionen bei Patienten mit Herzinsuffizienz umgesetzt.

An der Untersuchung von Velikova beteiligten sich 286 Krebspatienten und 28 Onkologen, die Patienten wurden drei verschiedenen Gruppen zugeordnet: Interventionsgruppe, Aufmerksamkeitskontrollgruppe und Kontrollgruppe.

Alle drei Gruppen füllten das „Functional Assessment of Cancer – General (FACT-G)“ aus, das als Outcome-Kriterium herangezogen wurde.

Patienten der Interventionsgruppe füllten mehrere gesundheitsbezogene Fragebögen an Touchscreen-Computern aus und erhielten durch den jeweils betreuenden Arzt ein Feedback über die Ergebnisse bzw. die Möglichkeit, über ihre Lebensqualität zu sprechen. Diese Gespräche, die zu vier Zeitpunkten geführt wurden (Baseline bei Aufnahme, nach 2-3 Monaten, nach 4 Monaten, bei Studienende nach 6 Monaten), wurden aufgezeichnet und einer Inhaltsanalyse unterzogen. Nach jedem der vier Gespräche mit Patienten füllte der Arzt eine Checkliste bezüglich des klinischen Nutzens des Gesprächs aus und notierte, ob und in welcher Weise erhaltene Informationen klinisch relevant waren. Die teilnehmenden Ärzte waren im Vorfeld hinsichtlich der Interpretation der Fragebogen-Ergebnisse geschult worden, darüber hinaus fanden mit jedem Arzt individuelle Treffen statt, um die Studie zu diskutieren, offene Fragen zu klären und Beispiele zu besprechen.

Patienten der Aufmerksamkeitskontrollgruppe beantworteten ebenfalls die Fragebögen, erhielten aber keine Rückmeldung über die Ergebnisse oder die Möglichkeit, die Ergebnisse mit ihrem Onkologen zu besprechen. Diese Gruppe diente der Erfassung des Effekts des alleinigen Beantwortens von Fragebögen unabhängig von Feedback.

Bei den Patienten der Kontrollgruppe wurden die routinemäßige klinische Behandlung und Arzt-Patienten-Gespräche durchgeführt, es wurden keine Fragebögen zur Lebensqualität – außer dem FACT-G als Outcome-Kriterium – ausgefüllt.

Es zeigten sich signifikante Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Interventions- und Aufmerksamkeitskontrollgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. In einer zweiten Analyse konnte eine zusätzliche signifikante Steigerung im emotionalen Befinden der Teilnehmer der Interventionsgruppe festgestellt werden. Velikova und Mitarbeiter schlossen daraus, dass allein die routinemäßige wiederholte Messung der Lebensqualität bereits zu einer Steigerung des Wohlbefindens führen kann. Zusätzliches Feedback bewirkt eine zusätzliche Verbesserung in weiteren wesentlichen gesundheitsbezogenen Dimensionen.

Die Ergebnisse von Velikova deuten also darauf hin, dass allein die Messung von Lebensqualitätsdaten zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen kann.

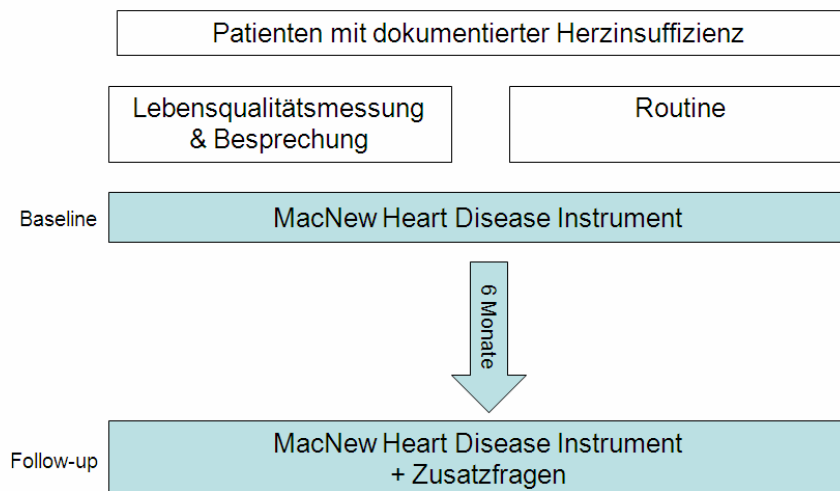
Projektpartner

Die Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie (Priv.-Doz. Mag. Dr. S. Höfer, MMag. J. Aichbauer, Mag. M. Platter, Mag. M. Plunger) und die Herzinsuffizienzambulanz (Univ.-Doz. Dr. G. Pözl, Priv.-Doz. M. Frick, N.N.) der Univ.-Klinik für Innere Medizin III führten gemeinsam diese Qualitätssicherungsmaßnahme durch.

Zielvorgabe

Ziel der vorliegenden Qualitätssicherungsmaßnahme war es, diese Ergebnisse bei einer Patientengruppe mit chronischer Herzinsuffizienz umzusetzen und wissenschaftlich zu begleiten.

Design



Beschreibung der Stichprobe

Die Teilnehmer der vorliegenden Qualitätssicherungsmaßnahme wurden im Rahmen einer Kontrolluntersuchung an der Herzinsuffizienz-Ambulanz der Universitätsklinik Innsbruck zur Teilnahme eingeladen. In einem Zeitraum von Februar 2007 bis Dezember 2007 wurden 184 Patienten mit dokumentierter Herzinsuffizienz, um ihre Bereitschaft, an der Qualitätssicherungsmaßnahme teilzunehmen, gebeten. 150 Personen (50 Kontrollgruppe; 100 Interventionsgruppe) konnten für die Teilnahme gewonnen werden, 34 lehnten eine Teilnahme ab. Die Patienten wurden zufällig (computergestützt) einer der zwei Stichproben zugeordnet.

Die Befragung bzw. Erhebung der Lebensqualität wurde unmittelbar vor dem Arzt-Patienten-Gespräch in der Wartezeit an einem Touchscreen-Computer durchgeführt. Eine geschulte Mitarbeiterin leitete die Patienten an und stand für Fragen zur Verfügung. Mittels computerisiertem Fragebogen waren die Ergebnisse sofort nach der Befragung verfügbar und wurden je nach Zugehörigkeit der Gruppe (Rückmeldung vs. keine Rückmeldung) der Krankengeschichte beigelegt oder nicht.

Das Follow-up fand zwischen August 2007 und Juni 2008 statt, 119 der Patienten konnten telefonisch erreicht und angeschrieben werden und schickten die vorfrankierten Fragebögen zurück, die restlichen 31 standen für das Follow-up nicht mehr zur Verfügung.

Instrumente

MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument

Der MacNew [4] wurde mittels eines Focus-group-Ansatzes [5] entwickelt, um die Gefühle von Patienten in Bezug auf Probleme, die im Rahmen eines Myokardinfarktes auftreten können, zu erfassen [6, 7]. Das Verfahren beinhaltet Items aller Bereiche (körperlich/somatisch, psychisch und sozial), welche Lebensqualitätsinstrumente umfassen sollen [8, 9]. Die Validität und Reliabilität des MacNew für Patienten nach Myokardinfarkt wurde für die englische [4, 5] sowie spanische Version [10] hinreichend belegt. Der MacNew wurde auf Deutsch umfassend bei Patienten mit Myokardinfarkt [11], bei Patienten mit Angina pectoris [12], bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen [13] und bei Herzinsuffizienzpatienten [14] eingesetzt. Darüber hinaus wurde das Instrument als Evaluationsinstrument für unterschiedliche kardiologische Behandlungsformen eingesetzt (Bypass, perkutane Koronarintervention, medikamentöse Therapie, Herzschrittmachertherapie, stationäre sowie ambulante kardiologische Rehabilitation) [15-18]. Es existieren Referenzwerte für Patienten nach Myokardinfarkt, mit Angina pectoris und Herzinsuffizienz [19].

Das Instrument hat ein Zeitfenster von zwei Wochen, besteht aus 27 Items, die von 1 bis 7 bewertet werden. Eine Skala erfragt die physische Funktionsfähigkeit (13 Items), eine Skala die emotionale (14 Items), eine dritte Skala die soziale Einschränkung (13 Items) – jeweils bedingt durch die Herzerkrankung. Der Fragebogen beinhaltet sieben Fragen zu klinisch relevanten Symptomen (Angina, Brustschmerzen, Kurzatmigkeit, Müdigkeit, Schwindelgefühl, schmerzende Beine, Unruhe). Das Instrument verfügt über eine globale Lebensqualitätsskala, die über alle Items berechnet wird [20]. Über eine Prädiktorfunktion, welche an 1000 australischen Patienten mit Herzinfarkt entwickelt und überprüft wurde, können mit bis zu 60%iger Wahrscheinlichkeit zukünftige kardiale Ereignisse (inkl. Mortalität) vorhergesagt werden [21].

Zusatzfragen

Zusätzlich wurden Fragen zur allgemeinen Gesundheit und Lebensqualität gestellt. Routinemäßig wurden klinische Daten erhoben.

Die Datenerfassung erfolgt computerisiert (Touchscreen, HOM-C), was im Vergleich zur bisher verwendeten Paper-Pencil-Verfahren folgende Vorteile aufweist:

- Patientenfreundliche Datenerfassung mittels Touchscreen
- Ergebnisse in Echtzeit (real-time feedback)
- Grafische (intuitive) Darstellung

- Interpretation der Ergebnisse durch implementierte Hilfestellungen
- Verlaufskontrolle
- Patientendokumentation

Durch eine verschlüsselte, anonymisierte Datenaufzeichnung sowie passwortgeschützte und protokollierte Zugänge bot das System die erforderliche Datensicherheit.

Im Folgenden werden die einzelnen Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme beschrieben.

Soziodemographische & Klinische Daten

Von den 150 Untersuchungsteilnehmern waren 25,3% Frauen, es gab keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechterverteilung in den zwei Untersuchungsgruppen ($p=0,160$)

Das durchschnittliche Alter in der Gesamtgruppe betrug 58 Jahre, der jüngste Teilnehmer war 21, der älteste 84. Bezüglich des Alters unterschieden sich die verschiedenen Untersuchungsgruppen signifikant voneinander: Die Teilnehmer der Interventionsgruppe waren signifikant jünger als die Teilnehmer der anderen Gruppe ($p=0,003$). Das Durchschnittsalter in der Interventionsgruppe betrug 55,8 Jahre und in der Kontrollgruppe 62,7 Jahre.

Tabelle 1: Alter und Geschlechtsverteilung

	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanz
	N (%) M±SD (Min-Max)	N (%) M±SD (Min-Max)	N (%) M±SD (Min-Max)	
Frauen	38 (25,3%)	22 (21,8%)	16 (32,7%)	$p=0,160$
Alter (in Jahren)	58,0±13,2 (21-84)	55,8±13,1* (21-78)	62,7±12,0 (28-84)	$p=0,003$

Hinsichtlich des Familienstandes gab es in den zwei Gruppen keine signifikanten Unterschiede ($p=0,528$). In der Gesamtgruppe waren 13,0% ledig, 69,6% waren verheiratet oder in einer Lebensgemeinschaft, 7,0% waren verwitwet und 10,4% geschieden.

Tabelle 2: Familienstand

	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanz
	N (%)	N (%)	N (%)	
Ledig	15 (13,0%)	5 (13,5%)	6 (14,6%)	$p=0,528$
Verheiratet/ Lebensgemeinschaft	80 (69,6%)	28 (75,7%)	24 (58,5%)	
Verwitwet	8 (7,0%)	1 (2,7%)	5 (12,2%)	
Geschieden	12 (10,4%)	3 (8,1%)	6 (14,6%)	

Signifikante Unterschiede gab es zwischen den Gruppen beim Ausbildungsstand ($p=0,006$). In der Gesamtgruppe hatten 27,8% einen Pflichtschulabschluss, 51,4% einen Berufsschulabschluss, 15,3% Matura und 5,6% einen Universitätsabschluss. In der Kontrollgruppe gab es einen deutlich größeren Anteil von Teilnehmern mit Universitätsabschluss (12, 5%).

Tabelle 3: Ausbildungsstand

	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanz
	N (%)	N (%)	N (%)	
Pflichtschulabschluss	40 (27,8%)	22 (22,9%)	18 (37,5%)	p=0,006
Berufsschulabschluss	74 (51,4%)	54 (56,3%)	20 (41,7%)	
Matura	22 (15,3%)	18 (18,8%)	4 (8,3%)	
Universität/FH	8 (5,6%)	2 (2,1%)	6 (12,5%)*	

Bezüglich des Berufsstands gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($p=0,734$). In der Gesamtgruppe waren 25% berufstätig, 64% pensioniert, bei 2% lief gerade ein Pensionsantrag, 6% kümmerten sich um den Haushalt, 2% waren arbeitslos.

Tabelle 4: Berufsstand

	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanz
	N (%)	N (%)	N (%)	
Berufstätig	36(25%)	27 (28,4%)*	9 (18,4%)	p=0,734
Pensioniert	93 (64,6%)	59 (62,1%)	34 (69,4%)	
Laufender Pensionsantrag	3 (2,1%)	2(2,1%)	1 (2,0%)	
Hausarbeit	9 (6,3%)	5 (5,3%)	4 (8,2%)	
Arbeitslos	3 (2,1%)	2 (2,1%)	1 (2,0%)	

Bei allen Untersuchungsteilnehmern war die Hauptdiagnose Herzinsuffizienz. Bezüglich der NYHA-Klassen sah die Verteilung in der Gesamtgruppe folgendermaßen aus: 14,7% der Teilnehmer waren in der NYHA-Klasse 1, 53,9% in der NYHA-Klasse 2, 24,5% in der NYHA-Klasse 3 und 6,9% in der NYHA-Klasse 4. Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede ($p=0,132$) allerdings war tendenziell die Anzahl der Teilnehmer in der Kontrollgruppe in der NYHA-Klasse 2 geringer und in der NYHA-Klasse 3 größer als erwartet.

Tabelle 5: NYHA

	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanz
	N (%)	N (%)	N (%)	
NYHA 1	15 (14,7%)	5(12,5%)	10(16,1%)	p=0,132
NYHA 2	55(53,9%)	27(67,5%)	28(45,2%)	
NYHA 3	25(24,5%)	7(17,5%)	18(29,0%)	
NYHA 4	7(6,9%)	1(2,5%)	6(9,7%)	

Bezüglich der relevanten Risikofaktoren gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. In der Gesamtgruppe rauchten 13,9%, 21,3% wurden wegen Diabetes behandelt, 46,7% wegen Hypercholesterinämie und 28,4% wegen Bluthochdruck. 28,4% mussten Diät halten und 44,7% trieben keinerlei Sport.

Von denen, die sportlich waren, trieben 42,1% ein bis zwei Mal pro Woche Sport, 32,9% drei bis fünf Mal pro Woche und 25,0% über fünf Mal in der Woche. Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede ($p=0,432$).

Das Gewicht unterschied sich nicht signifikant zwischen den Gruppen ($76,9 \pm 12,3$ vs. $80,2 \pm 14$ $p=0,371$), das durchschnittliche Gewicht der Gesamtgruppe betrug 79,3 kg, das niedrigste Gewicht betrug 45 kg, das höchste 115 kg.

Die Untersuchungsgruppen unterschieden sich bezüglich der Implantation von Herzschrittmachern nicht signifikant voneinander [15 (33,3%) vs. 19 (20,2%); $p=0,092$].

Fragen zur Lebensqualität

Auf die Frage nach der subjektiven Wichtigkeit der Gesundheit für die allgemeine Lebensqualität („Wie wichtig ist derzeit Ihre Gesundheit für Ihre allgemeine Lebensqualität?“) gaben in der Gesamtgruppe 48,1% der Teilnehmer an, dass die Gesundheit für die Lebensqualität „sehr wichtig“ ist, für 43,5% war sie „wichtig“, für 7,4% „mittelmäßig wichtig“ und für 0,9% „wenig wichtig“. Keiner der Teilnehmer gab an, dass die Gesundheit für die Lebensqualität „überhaupt nicht wichtig“ ist. Es gab diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ($p=0,389$; Abbildung 1).

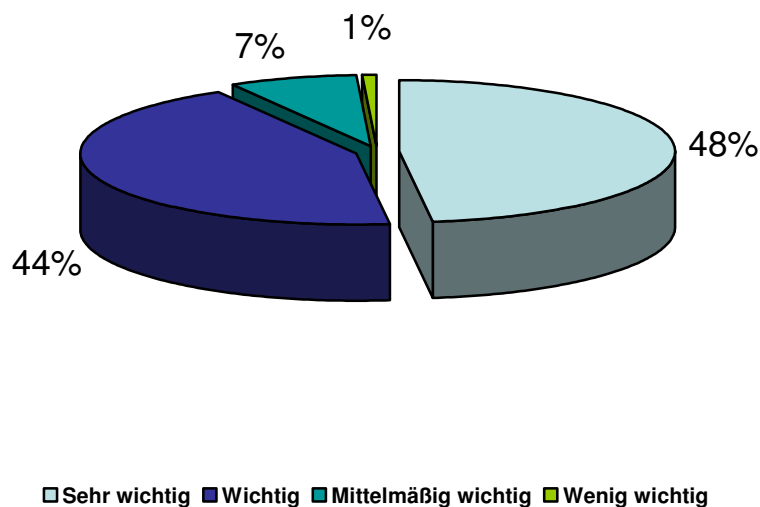


Abbildung 1: Wie wichtig ist derzeit Ihre Gesundheit für Ihre allgemeine Lebensqualität?

Auf die Frage, wie sehr die eigene Lebensqualität derzeit durch die Gesundheit beeinträchtigt wird („Wie sehr beeinträchtigt Ihre Gesundheit derzeit Ihre allgemeine Lebensqualität?“), antworteten in der Gesamtgruppe 2,6% mit „sehr stark“, 17,2% mit „stark“, 31,0% mit „einigermaßen“, 31,9% mit „wenig“. Nur für 17,2% der Patienten hatte die Gesundheit keinen Einfluss auf die Lebensqualität. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ($p=0,263$; Abbildung 2).

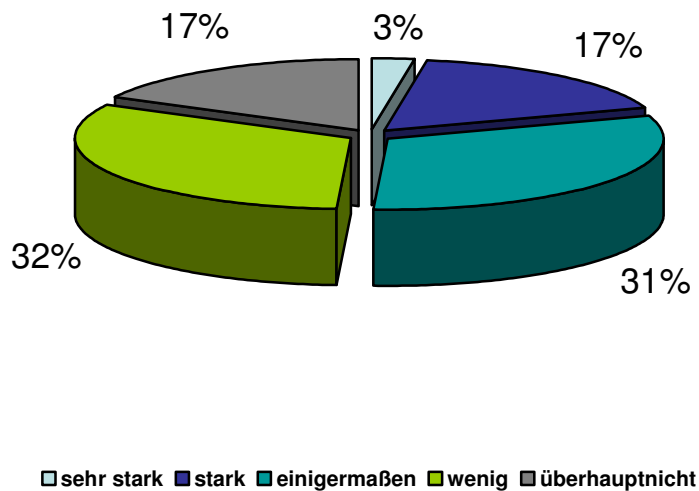


Abbildung 2: Wie sehr beeinträchtigt Ihre Gesundheit derzeit Ihre allgemeine Lebensqualität?

Auf die Frage nach der Einschätzung der eigenen Lebensqualität („Wie würden Sie Ihre allgemeine Lebensqualität einschätzen?“) gaben die Untersuchungsteilnehmer folgende Antworten: 11,3% hielten ihre Lebensqualität für „sehr gut“, 50,4% für „gut“, 34,8% für „einigermaßen gut“, 3,5% für „schlecht“ und niemand beschrieb seine Lebensqualität als „ganz schlecht“. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($p=0,391$; Abbildung 3).

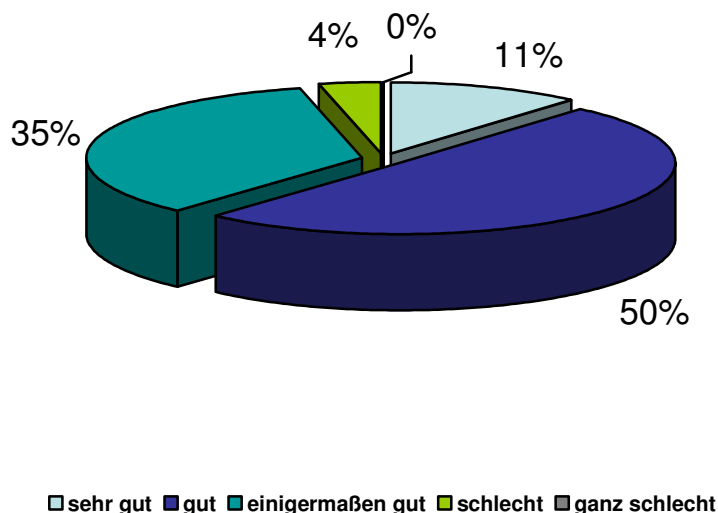


Abbildung 3: Wie würden Sie Ihre allgemeine Lebensqualität einschätzen?

Die Frage nach einer Veränderung der Lebensqualität über den Beobachtungszeitraum von 6 Monaten („Glauben Sie, dass sich Ihre Lebensqualität in den letzten 6 Monaten verändert hat?“) beantworteten die Teilnehmer der Untersuchung folgendermaßen: Bei 5,2% war die

Veränderung „sehr stark“, bei 14,8% „stark“, bei 21,7% „einigermaßen“, bei 32,2% „wenig“ und 26,1% gingen „überhaupt nicht“ von einer Veränderung aus. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($p=0,771$, Abbildung 4).

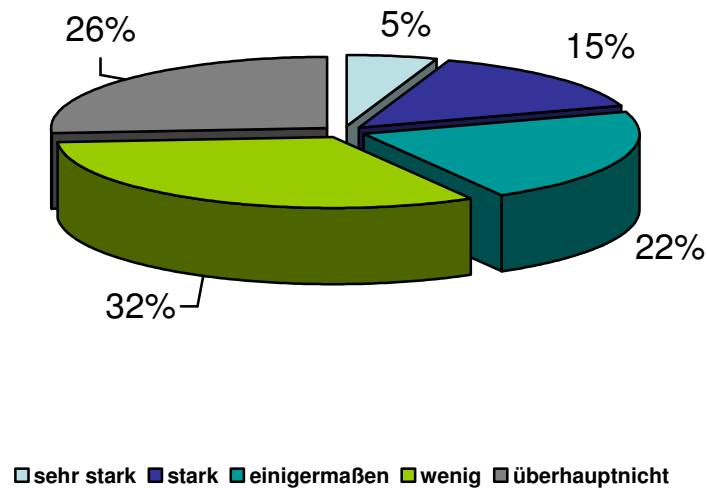


Abbildung 4: Glauben Sie, dass sich Ihre Lebensqualität in den letzten 6 Monaten verändert hat?

Die Frage nach der Veränderung der Gesundheit in den letzten 6 Monaten („Wie hat sich Ihre Gesundheit in den letzten 6 Monaten verändert?“) beantworteten die Untersuchungsteilnehmer wie folgt: Bei 29,6% hatte sich die Gesundheit „verbessert“, bei 64,3% war sie „gleich geblieben“ und bei 6,1% hatte sie sich verschlechtert. Es gab zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen keine signifikanten Unterschiede ($p=0,402$).

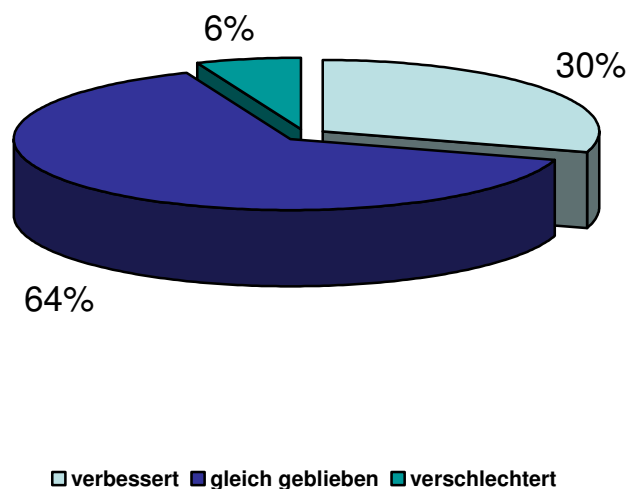
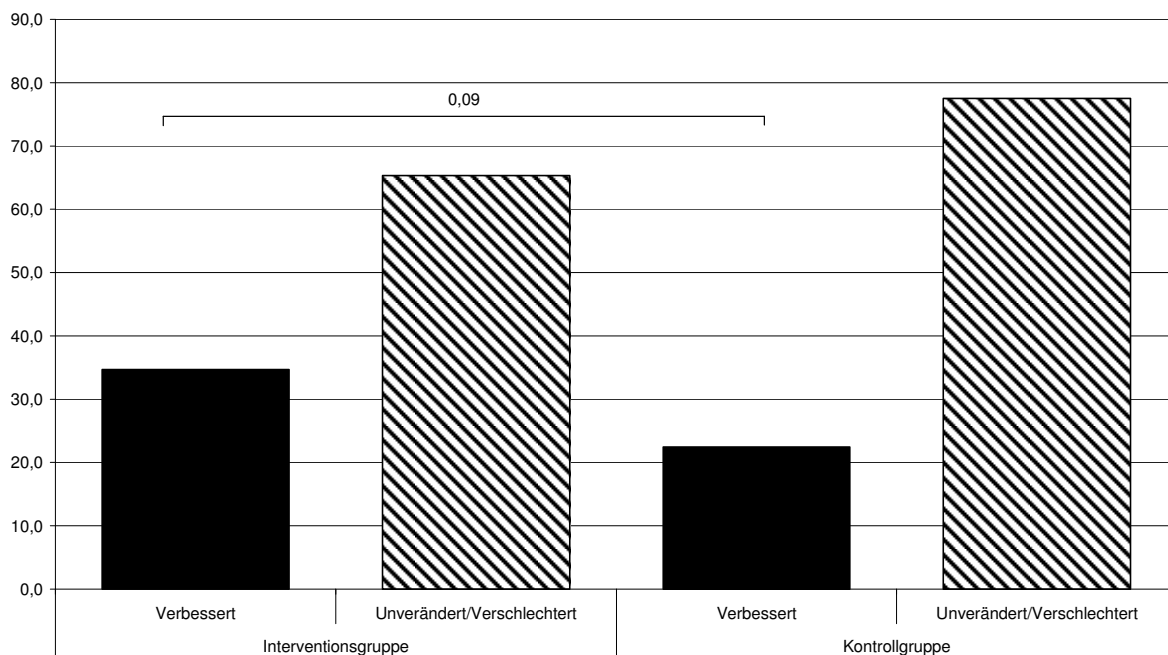


Abbildung 5: Wie hat sich Ihre Gesundheit in den letzten 6 Monaten verändert?

Wenn gefühlte Verbesserungen in der Lebensqualität auftraten, waren diese für 94,3% zumindest bedeutsam oder sehr bedeutsam. Gefühlte Verschlechterungen waren für 100% der Patienten bedeutsam.

Nach Dichotomisierung der Daten (subjektive Gesundheit: verbessert vs. unverändert/verschlechtert) konnten zwar keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden, jedoch berichteten um 12% mehr Patienten in der Interventionsgruppe von einer Verbesserung ihrer Gesundheit gegenüber der Kontrollgruppe (34,7% vs. 22,5%; $p_{1-seitig}=0,09$). Obwohl um die Hälfte mehr Patienten von der Qualitätssicherungsmaßnahme profitieren konnten als in der Kontrollgruppe, handelt es sich hierbei statistisch nur um einen Trend.



**Abbildung 6: Wie hat sich Ihre Gesundheit in den letzten 6 Monaten verändert?
(Dichotomisierung)**

MacNew

Die Veränderungen der standardisiert erhobenen Lebensqualität von der Baseline zum Follow-up bewegten sich in der Gesamtgruppe zwischen folgenden Mittelwerten: globale Lebensqualität -0,24, emotionale Lebensqualität -0,17, körperliche Lebensqualität -0,32 und soziale Lebensqualität -0,19. Es gab keine signifikanten Unterschiede in den verschiedenen Gruppen hinsichtlich der Differenzen zwischen den Skalenwerten von Baseline und Follow-up. Jedoch waren nur in der Kontrollgruppe alle Verschlechterungen der krankheitsspezifischen Lebensqualität signifikant. In der Interventionsgruppe wurden nur in zwei Bereichen signifikante Verschlechterungen von den Patienten berichtet (globale Lebensqualität und körperliche Lebensqualität; Tabelle 6).

Tabelle 6: Differenz Baseline – Follow-up

	Gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Signifikanz
	M ± SD	M ± SD	M ± SD	
Global Score	-,24±,72	-,20±,75*	-,29±,66**	p=0,257
Emotional Scale	-,17±,80	-,12±,85 ^{ns}	-,27±,67*	p=0,285
Physical Scale	-,32±,80	-,29±,81**	-,35±,78**	p=0,250
Social Scale	-,19±,82	-,14±,84 ^{ns}	-,27±,79*	p=0,134

^{ns} nicht signifikant; ** p<.01; * p<.05 (Differenz Baseline – Follow-up)

Number needed to treat

“Number needed to treat” bezeichnet die Anzahl der Personen, die mit einer bestimmten Therapiemethode (in diesem Fall Lebensqualitätsbefragung und Rückmeldung) behandelt werden müssen, damit ein Patient profitiert. Je niedriger die Nummer, desto mehr Patienten profitieren von der Maßnahme.

		Ergebnisse		
		Erfolg	Misserfolg	Gesamt
Therapie	Intervention	26	49	75
	Kontrolle	9	31	40
	Gesamt	35	80	115

Die absolute Risikoreduktion (Verbesserung/Erhaltung der subjektiven Gesundheit) beträgt 0.12 (12%). Mit der vorliegenden Maßnahme müssten 9 (95% Confidence Interval: 6-17) Patienten zur Lebensqualität befragt werden, damit ein Patient sicher profitiert (d.h. die Gesundheit sich weniger verschlechtert oder sogar verbessert).

Diskussion

Die Umsetzung der positiven Ergebnisse von Velikova et al. [3] bei onkologischen Patienten führten für Herzinsuffizienzpatienten zu Verbesserungen der subjektiven Gesundheit, jedoch nicht im selben Ausmaß. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Bereich der Verbesserung bzw. Verschlechterung der Lebensqualität zwischen den Vergleichsgruppen, die wir mithilfe des MacNew und mit spezifischen Fragen zur Lebensqualität erfassen konnten. Auch wenn die Lebensqualitätswerte der Interventionsgruppe besser waren als in der Kontrollgruppe und die Veränderungen von der Baseline zum Follow-up weniger häufig signifikante Verschlechterungen zeigten, so handelt es sich bei diesen Ergebnissen statistisch nur um Tendenzen. Dies kann unter anderem auf Unterschiede zwischen der Originalstudie von Velikova und unserer Umsetzung zurückgeführt werden.

Zum einen gab es bei Velikova vier Befragungszeitpunkte, in der vorliegenden Untersuchung nur zwei. Die vermehrte Beschäftigung mit dem Thema – sei es nur in Form von Fragebögen oder auch zusätzlich im Gespräch mit dem Arzt – könnte die Patienten sensibilisiert und zu weiterer Beschäftigung damit angeregt haben.

Im Unterschied zur Originalstudie wurden bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme die Gespräche nicht aufgezeichnet. Bereits das Aufzeichnen und Nachbesprechen könnte zu größerer Sorgfalt auf Seiten der Ärzte geführt haben. Auch allein die Tatsache, dass etwas aufgezeichnet wird, könnte bei Arzt und Patient den Eindruck geweckt haben, dass es sich um etwas besonders Wichtiges handelt. Bei den Patienten könnte so auch die Aufmerksamkeit vermehrt auf das Thema Lebensqualität gelenkt worden sein.

Unterschiede sind auch im Verlauf der Erkrankungen der Patienten zu sehen. Bei Velikova sind mit der Zeit die Patienten, denen es schlecht ging, ausgeschieden, der Gesundheitszustand der Teilnehmer besserte sich insgesamt eher. Davon kann bei chronischer Herzinsuffizienz nicht ausgegangen werden. Auch wenn sich der Gesundheitszustand nach einem stationären Aufenthalt bessert, verschlechtert er sich doch insgesamt eher über einen längeren Zeitraum. Die Patienten verblieben dennoch in der Qualitätssicherungsmaßnahme. Die Verschlechterung der Lebensqualität über den Zeitraum von sechs Monaten war zu erwarten und deckt sich mit der Literatur über Herzinsuffizienzpatienten [22].

Basierend auf den vorliegenden Fallzahlen und den beobachteten Effekten muss klar festgehalten werden, dass die Fallzahl mit insgesamt 150 Patienten zu gering war um einen vorhandenen 12%-Unterschied statistisch signifikant absichern zu können. Um den sich tatsächlich abzeichnenden Effekt erfolgreich nachzuweisen, ist eine Fallzahl von $N=211$ pro Gruppe notwendig ($\alpha=0.05$; $1-\beta=0.80$). Dies war jedoch im Rahmen des Projektes nicht erreichbar.

Weiterführung

Für die Weiterführung der Qualitätssicherungsmaßnahme im klinischen Alltag würden die üblichen Lizenzkosten für die Verwendung der Instrumente in der Höhe von ca. 1 € pro Patient anfallen. Die Kosten der Anschaffung für Hardware bzw. Software sind bereits im Rahmen des Qualitätssicherungsprojektes erfolgt. Eine einmalige Schulung und die Bereitschaft des Pflegepersonals und der Ärzte an der Ambulanz für Herzinsuffizienz vorausgesetzt, könnte die Qualitätssicherungsmaßnahme der routinemäßigen Erhebung der Lebensqualität zusätzlich zur Verbesserung der subjektiven Gesundheit von Herzinsuffizienzpatienten am Landeskrankenhaus Innsbruck als alltägliche Leistung umgesetzt werden.

Von den teilnehmenden Ärzten wird die routinemäßige Erhebung der Lebensqualität bei Herzkreislaufpatienten als „sinnvoll und notwendig“ erachtet, um den jeweiligen IST-Zustand der Patienten erfassen zu können. Weiters wird sie als sehr hilfreich für die „Beurteilung des Behandlungserfolges“ betrachtet. Darüber hinaus rückt sowohl für Behandler als auch den Patienten explizit wieder die „Qualität des Lebens in den Mittelpunkt“.

Aufgetretene technische Hindernisse wie z.B. die Anbindung des Touchscreens in das hausinterne WLAN sind lösbar. Um Doppelgleisigkeiten in Medizininformatiksystemen zu vermeiden, ist langfristig die Integration der Ergebnisse der Patientenbefragung in das bestehende KIS bzw. Medfoliosystem zu planen.

Gesamtbeurteilung

Die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahme war grundsätzlich erfolgreich. Die routinemäßige Erfassung der Lebensqualität konnte in den klinischen Alltag integriert werden. Mit dieser Routinemaßnahme könnte der Forderung im Gesundheitsqualitätsgesetz nach Patientenorientierung und Evaluierung des Behandlungserfolges aus Patientensicht auf einfache und effiziente Weise nachgekommen werden.

Zusätzliche konnte für 12% der Patienten eine zu erwartende Verschlechterung der Lebensqualität verhindert werden. Dieses Ergebnis ist fallzahlbedingt ein statistischer Trend. Eine Neuauflage der Qualitätssicherungsmaßnahme müsste eine größere Fallzahl beinhalten bzw. über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden.

Würde diese Qualitätssicherungsmaßnahme flächendeckend eingeführt werden, könnte sicher einem von neun Herzinsuffizienzpatienten eine Verschlechterung der subjektiven Lebensqualität und Gesundheit erspart werden. Aus Kostensicht ist die Maßnahme grundsätzlich positiv zu beurteilen.

Literatur

1. Krumholz, H.M., et al., *Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute working group on outcomes research in cardiovascular disease*. Circulation, 2005. **111**(23): p. 3158-66.
2. Benzer, W., *Guidelines für die ambulante kardiologische Rehabilitation und Prävention in Österreich - Update 2008. Beschluss der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft vom Juni 2008*. Journal für Kardiologie, 2008. **15**(9-10): p. 298-309.
3. Velikova, G., et al., *Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial*. J Clin Oncol, 2004. **22**(4): p. 714-24.
4. Lim, L.L., et al., *A self-administered quality-of-life questionnaire after acute myocardial infarction*. J Clin Epidemiol, 1993. **46**(11): p. 1249-56.
5. Valenti, L., et al., *An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction*. Qual Life Res, 1996. **5**(1): p. 151-61.
6. Oldridge, N., et al., *Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction*. Am J Cardiol, 1991. **67**(13): p. 1084-9.
7. Hillers, T.K., et al., *Quality of life after myocardial infarction*. J Clin Epidemiol, 1994. **47**(11): p. 1287-96.
8. Spitzer, W.O., *State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research*. J Chronic Dis, 1987. **40**(6): p. 465-71.
9. Schipper, H., et al., in *Quality of Life Studies: Definitions and Conceptual Issues*. 1996, Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia. p. 11-23.
10. Brotons Cuixart, C., et al., *[Adaptation of the MacNew QLMI quality of life questionnaire after myocardial infarction to be used in the Spanish population]*. Med Clin (Barc), 2000. **115**(20): p. 768-71.
11. Höfer, S., et al., *MacNew Heart Disease Lebensqualitätsfragebogen nach Herzinfarkt: die deutsche Version*. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2004. **33**(4): p. 270-280.
12. Höfer, S., et al., *Health-related quality of life in patients with coronary artery disease treated for angina: validity and reliability of German translations of two specific questionnaires*. Qual Life Res, 2003. **12**(2): p. 199-212.
13. Höfer, S., et al., *Psychometric properties of an established heart disease specific health-related quality of life questionnaire for pacemaker patients*. Qual Life Res, 2005. **14**(8): p. 1937-42.
14. Höfer, S., et al., *Psychometric properties of the MacNew heart disease health-related quality of life instrument in patients with heart failure*. J Eval Clin Pract, 2008. **14**(4): p. 500-6.
15. Benzer, W., et al., *Clinical predictors of health-related quality of life after pacemaker implantation*. Wien Klin Wochenschr, 2006. **118**(23-24): p. 739-743.
16. Benzer, W., S. Höfer, and N.B. Oldridge, *Change in health-related quality of life following medical or invasive treatment for angina in patients with coronary artery disease*. Herz, 2003. **28**(5): p. 421-428.
17. Benzer, W., et al., *Short-term patient-reported outcomes after different exercise-based cardiac rehabilitation programmes*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2007. **14**(3): p. 441-7.
18. Höfer, S., et al., *Cardiac rehabilitation in Austria: short term quality of life improvements in patients with heart disease*. Wien Klin Wochenschr, 2006. **118**(23-24): p. 744-753.
19. Dixon, T., L.L. Lim, and R.F. Heller, *Quality of life: an index for identifying high-risk cardiac patients*. J Clin Epidemiol, 2001. **54**(9): p. 952-60.
20. Höfer, S., et al., *The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary*. Health Qual Life Outcomes, 2004. **2**(1): p. 3.

21. Dixon, T., L.L. Lim, and N.B. Oldridge, *The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users*. Qual Life Res, 2002. **11**(2): p. 173-83.
22. Johansson, P., U. Dahlstrom, and A. Brostrom, *Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature*. Eur J Cardiovasc Nurs, 2006. **5**(1): p. 5-15.