COPD

Termin nach Bedarf oder nach Quartal?

Ambulante Termine beim Lungenfacharzt werden meist längerfristig geplant und finden daher häufig nicht zum Zeitpunkt einer akuten Symptomverschlechterung oder Exazerbation statt. Ein patientenzentriertes Vorgehen müsste stärker die Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen. Das muss nicht teurer sein, haben F. Berkhof et al. gezeigt.

Respir Med 2014; 108: 1163–1170

Die niederländischen Forscher hatten den Effekt eines bedarfsorientierten Systems untersucht, bei dem die Terminvergabe durch den Patienten über eine pneumologische Fachpflegekraft initiiert wird. Sie interessierte dabei die Auswirkung auf den Gesundheitsstatus, die COPD-abhängige Ressourcennutzung im Gesundheitswesen und die Kosten. 100 Patienten wurden in ein System mit bedarfsorientierter Terminvergabe (n=49) oder in das herkömmliche System (n=51) randomisiert und über 2 Jahre beobachtet. Das bedarfsorientierte System sah neben einem 1-mal jährlichen fixen Kontrolltermin beim Pneumologen die Möglichkeit vor, dass der Patient bei einer Zunahme von Husten, Dyspnoe, Sputum, Haemoptysis oder Brustschmerz eine pneumologische Fachpflegekraft kontaktieren konnten, die zunächst telefonisch den tatsächlichen Bedarf abklärte. Schien dabei der Bedarf noch nicht hoch zu sein, suchte die Pflegekraft den Patienten am nächsten Tag persönlich auf. Wenn bereits telefonisch ein eiliger Bedarf festgestellt wurde, nahm die Pflegekraft umgehend Kontakt zum Pneumologen auf und vereinbarte so rasch wie möglich einen Termin.

Der Gesundheitsstatus wurde primär mit dem Clinical COPD Questionnaire (CCQ) und daneben mittels St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), dem Short Form-36 (SF-36), der Zahl der Termine beim Allgemeinmediziner, Pneumologen und den Fachpflegekräften, der Zahl der Exazerbationen und der Gesamtbehandlungskosten aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen und aus Sicht der Krankenkassen erfasst. Die Studienteilnehmer waren im Mittel 69 Jahre alt (± 9 Jahre) und hatten eingangs eine mittlere Einsekundenkapazität (FEV_1) von 1,3 ± 0,4 l.

Der Gesamtwert des CCQ verschlechterte sich in beiden Gruppen ohne Unterschied über die Zeit. Allerdings zeigte sich ein klinisch relevanter Vorteil zugunsten des bedarfsorientierten Vorgehens bei den CCQ-Symptom-Werten mit einem Unterschiede von -0,4±0,21 (95%-Konfidenzintervall [KI] -0,87 bis -0,02, p=0,04). Eine ähnliche Tendenz zeigte der SGRQ,, während die SF-36-Werte nicht auf einen Vorteil einer Strategie hinwiesen. Die Inanspruchnahme der Leistungserbringer veränderte sich durch die Bedarfsorientierung: Patienten gingen seltener zum Hausarzt als in der Standardgruppe, nahmen aber häufiger die pneumologische Pflegekraft in Anspruch.

Die Zahl der Termine beim Pneumologen und die der Exazerbationen waren in beiden Gruppen vergleichbar. Unterm Strich waren damit die Gesamtkosten im Mittel bei der bedarfsorientierten Strategie aus Sicht der Leistungserbringer um 518 € niedriger als beim Standardvorgehen (95%-KI -1993–788), aus Sicht der Krankenkassen betrug der Unterschied 458 € zugunsten der bedarfsorientierten Strategie (95%-KI -2700–1652).

Fazit

Ein System, bei dem sich Patienten nach Bedarf, also bei Symptomverschlechterung, an pneumologische Fachkräfte wenden können, ist weitgehend vergleichbar mit der üblichen Strategie der fixen Terminvergabe beim Pneumologen. Es scheint aber tendeziell Kosten einsparen zu können und kann im ambulanten Bereich ohne größere Bedenken eingesetzt werden, so die Autoren.

Friederike Klein, München

Rauchstopp

Bluttest hilft, den besten Weg zu finden

Ein neuer Bluttest könnte dabei helfen, den erfolgversprechendsten Weg zu finden, um mit dem Rauchen aufzuhören. Laut US-Forschern der University of Pennsylvania können Messungen, wie rasch ein Mensch Nikotin abbaut, die Erfolgschancen erhöhen. Experten geben jedoch zu bedenken, dass die zusätzlichen Kosten für derartige Tests zu berücksichtigen sind. Studien zeigen, dass fast 60% der Menschen, die versuchen aufzuhören, in der ersten Woche wieder zur Zigarette greifen.

Nikotin gehört zu den am meisten süchtig machenden Substanzen. Sinken die Nikotinwerte, wird das Verlangen größer und die Menschen greifen zum nächsten Glimmstängel. Nikotin wird jedoch von Mensch zu Mensch unterschiedlich abgebaut. Manche Experten gehen daher davon aus, dass ein rascherer Abbau auch das Aufhören erschweren kann. An der aktuellen Studie nahmen 1240 Personen aus verschiedenen Programmen zur Raucherentwöhnung teil. Das Blut der Teilnehmer wurde dahingehend untersucht, ob der Nikotinabbau in normaler oder langsamer Geschwindigkeit erfolgte. Die Freiwilligen erhielten entweder ein Nikotinpflaster, das Medikament Vareniclin oder ein Blindpräparat. Alle Teilnehmer hatten zusätzlich Zugang zu psychologischer Beratung.

Laut einer vorangegangenen Studie haben Personen, die Nikotin in normaler Geschwindigkeit abbauen, mit Vareniclin bessere Erfolgschancen als mit Nikotinpflastern. Personen, die Nikotin langsamer abbauten, verfügten bei allen Methoden über ähnliche Erfolgschancen. Sie litten jedoch stärker unter den Nebenwirkungen des Medikaments. Der Studie zufolge würde ein derartiger Bluttest die Erfolgschancen beträchtlich erhöhen. Für Menschen mit einem normalen Nikotinabbau könnten die Chancen bei Pflastern gering sein. Sie könnten sich jedoch mit Vareniclin verdoppeln. Bei einem Drittel der Menschen mit einem langsamen Abbau dürften die kostengünstigeren Pflaster der bessere Weg sein.

pte

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.