

Pilotierung des nephrologischen Awareness-Programms „niere.schützen“ für den Einsatz in österreichischen Hausarztpraxen

Piloting the Nephrology Awareness Program “niere.schützen” in Austrian Family Practices

Stephanie Poggenburg¹, Klaus Jeitler¹, Karola Mergenthal², Peter Krisper³, Alexander R. Rosenkranz³, Andrea Siebenhofer^{1,2}

Hintergrund: Im Januar 2016 wurde in der Steiermark das Awareness-Programm „niere.schützen“ mit dem Ziel implementiert, bei Risikopatienten eine chronische Nierenerkrankung frühzeitig zu erkennen und geeignete diagnostische und progressionsverzögernde Maßnahmen auch i.S. einer kardiovaskulären Prävention zu ergreifen. Die für diesen Zweck erstellten Unterlagen in Form eines Überweisungsschemas und einer Begleitinformation wurden für die vorliegende Untersuchung mit zehn niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten (HÄ) pilotiert.

Methoden: Das methodische Vorgehen erfolgte mithilfe von semistrukturierten leitfadengestützten Interviews. Die Praktikabilität wurde mittels allgemeinmedizinischer Fallvignetten überprüft, um Verständlichkeits- und Anwendungsprobleme zu erkennen.

Ergebnisse: Die tonbandaufgezeichneten und anonymisierten Interviews von zehn Hausärztinnen und Hausärzten (HÄ) zeigten nach inhaltlicher, kategorisierender Analyse deutlich den Modifikationsbedarf beim Überweisungsschema und der Begleitinformation. Es gelang durch die zusätzliche Praktikabilitätsprüfung anhand der allgemeinmedizinischen Fallvignetten den spezifischen Änderungsbedarf des Überweisungsschemas zu ermitteln, da nur 53 % der Fälle so bearbeitet wurden, wie es dem Überweisungsschema entsprach. Es erfolgte eine Umgestaltung des Überweisungsschemas mit Zusammenfassung und Komprimierung der Information, um dieses möglichst einfach und übersichtlich zu gestalten. Daneben konnten mögliche Barrierenfaktoren in der Umsetzung bzw. in der Anwendung, wie z.B. die fehlende Vergütung, dargestellt und an geeigneter Stelle angesprochen werden.

Background: In January 2016 a campaign to raise nephrology awareness (“niere.schützen”) was launched in Styria, Austria. The aim was the early detection of patients at risk of renal failure, and to take suitable action to delay progression of the disease, including cardiovascular measures. The referral procedure and accompanying information documents drawn up for the purpose of this investigation were pretested on 10 registered Styrian family practitioners.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with the family practitioners, and general practice case vignettes used to reveal comprehensibility and application problems.

Results: Content categorization of the anonymous recorded interviews of 10 family practitioners (4 male/6 female) clearly showed the need to modify referral procedures and the provided accompanying information. The additional feasibility test carried out on the basis of general practice case vignettes specifically brought to light the need to change the referral procedure, as only 53 % of cases were conducted in accordance with it. It was therefore modified and the provided information summarized and expressed more succinctly in order to make the process simpler and clearer. Furthermore, factors hindering implementation and application such as a lack of compensation were gathered and presented to the appropriate body.

Conclusions: This report clearly shows the need for feasibility and plausibility checks of planned awareness campaigns in private practice in order to detect possible comprehension problems and hindering factors in ad-

¹ Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz, Österreich

² Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

³ Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Nephrologie, Medizinische Universität Graz, Österreich

Peer reviewed article eingereicht: 05.02.2016, akzeptiert: 08.03.2016

DOI 10.3238/zfa.2016.0466-0473

Schlussfolgerungen: Der vorliegende Bericht zeigt deutlich die Notwendigkeit der Praktikabilitäts- und Plausibilitätsprüfung einer geplanten Awareness-Maßnahme im niedergelassenen Bereich. Damit können mögliche Verständnis- und Hemmnis-Faktoren im Vorfeld erkannt und vor Einführung eines Programms berücksichtigt werden, um eine möglichst große Akzeptanz dieser geplanten Maßnahme zu erreichen.

Schlüsselwörter: chronische Niereninsuffizienz; Awareness-Programm; Überweisungsschema; Prävention; Allgemeinmedizin

vance and to ensure the widest possible acceptance of proposed measures.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Awareness Campaign; Referral Procedure; Prevention; Family Practice

Hintergrund

In Österreich leiden ca. 400.000 Menschen unter einer eingeschränkten Nierenfunktion [1], deren Hauptursachen Diabetes mellitus und arterieller Hypertonus sind [2]. Die Rate kardiovaskulärer Erkrankungen steigt signifikant mit der Verschlechterung der Nierenfunktion an und ist bereits vor Erreichen des „end stage renal disease“ (ESRD) mit drastisch erhöhter kardiovaskulärer Mortalität und Morbidität assoziiert [3, 4].

In Großbritannien wurde 2014 den Empfehlungen des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) folgend ein flächendeckendes Screeningprogramm auf Niereninsuffizienz bei vorher definierten Risikopatientengruppen (z.B. Patienten mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, akutem Nierenversagen, kardiovaskulären Vorerkrankungen etc.) etabliert [5]. Auch die US-amerikanischen Fachgesellschaften halten eine Früherkennung einer eingeschränkten Nierenfunktion für sinnvoll, wobei sich die US Preventive Service Taskforce (USPSTF) gegen ein ungezieltes, sehr wohl aber für ein differenziertes Screenen gewisser Patientengruppen mit Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie ausspricht [6], während die American Society of Nephrology (ASN) sogar ein flächendeckendes Screening auf Nierenfunktionsstörungen für sinnvoll erachtet [7]. Auch die European Kidney Health Alliance (EKHA) [3] rät bei einer geschätzten Inzidenz von europaweit 10 % niereninsuffizienten Patienten zur frühzeitigen Detektion von solchen Patienten, um diese möglichst frühzeitig einer effektiven Überwachung und Therapie zuführen zu können [8].

Disease Management Programme (DMP), wie das erst kürzlich in Österreich zur Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus positiv im Hinblick auf die Mortalität und Kosten evaluierte Programm „Therapie Aktiv“ [9], existieren für niereninsuffiziente Patienten in Österreich nicht. Seit 2007 bestehen in der Steiermark Bestrebungen ein Früherkennungsprogramm für niereninsuffiziente Patienten zu etablieren [10], das nun in Abstimmung mit der österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN), dem Gesundheitsfonds Steiermark, der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und mit Unterstützung der Ärztekammer für Steiermark unter dem Titel „niere.schützen“ erarbeitet werden konnte.

Da sowohl die Primärversorgung wie auch die Betreuung chronisch kranker Patienten in Österreich überwiegend im hausärztlichen Rahmen erfolgt [11], ist die Verständlichkeit und die korrekte Anwendung des Überweisungsschemas durch die Hausärzte grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des „niere.schützen“-Programms. Alle Hausärztinnen und Hausärzte der Steiermark werden seit Januar 2016 aktiv dazu angehalten, am Programm teilzunehmen; dies wurde mit Informationsveranstaltungen und -anschreiben sowie zahlreichen Veröffentlichungen in lokalen und auch überregionalen Ärztemagazinen beworben.

Das „niere.schützen“-Programm

Patienten einer bestimmten Altersgruppe (40–65 Jahre) mit ein oder mehreren Risikofaktoren

- arterielle Hypertonie,

- Diabetes mellitus,
- Adipositas (BMI > 30 kg/m²) und/oder
- terminaler Niereninsuffizienz in der Familie

werden nach Bestimmung des Serumkreatinins und damit der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR; ml/min/1,73m²) und der Albumin-Kreatinin-Ratio (ACR; mg/g) durch ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt mittels eines Überweisungsschemas, das einen speziellen Behandlungsalgorithmus vorgibt und einer Begleitinformation einem definierten Prozedere bezüglich der weiteren Diagnostik und Therapie (ggf. auch Überweisung zu Internist oder Nephrologen) zugeführt. Dabei verbleibt die Langzeitbetreuung der Patienten aber bei ihren Hausärzten. Grund für die Planung eines Programms war die steigende Zahl von Patienten mit terminalem Nierenversagen [12]; die frühzeitige Detektion solcher Patienten und die Ergreifung sekundärpräventiver Maßnahmen [13, 14] sollte Ziel des geplanten Programms sein. Angelehnt an einen Bericht des Joanneum Research [15] aus 2009 wurde unter Einbeziehung internationaler Empfehlungen [16, 17] und der existierenden Evidenz ein Überweisungsschema (Abb.1) nebst Begleitinformation erarbeitet (Abb. 1a).

Die Prüfung der Praktikabilität und Plausibilität des Überweisungsschemas und der Begleitinformation mithilfe von kognitiven Interviews sowie der Anwendbarkeit anhand von Fallvignetten stellt den Gegenstand der Untersuchung dar.

Methoden

Die von der Nephrologischen Abteilung der Medizinischen Universität

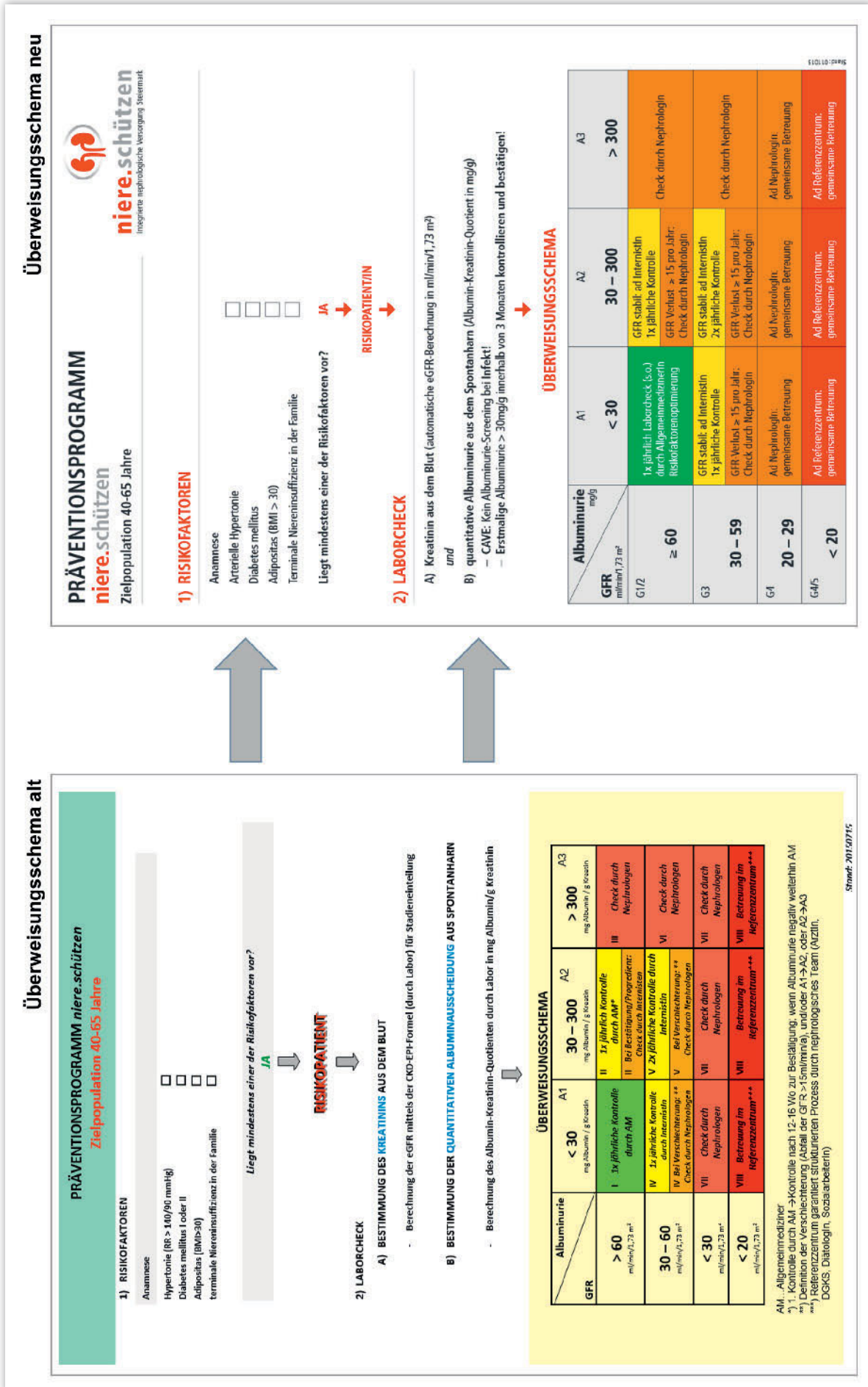


Abbildung 1 Überweisungsschema alt und neu

Erläuterungen zur Basisdiagnostik Nephrologie Screening

- I.) Grün** – (GFR > 60 ml/min, Albuminurie < 30 mg/g Kreatinin): derzeit niedriges Risiko hinsichtlich kardiovaskulärer Komplikationen und Nierenfunktionsverlust; Behandlung der Risikofaktoren und Observanz; Betreuung bleibt in Händen des Allgemeinmediziners (AM)
- II.) Gelb** – (GFR > 60 ml/min, Mikroalbuminurie): erstmaliges Detektieren eines erhöhten Risikos für kardiovaskuläre Komplikationen und Nierenfunktionsverlust; Bestätigung der Mikroalbuminurie nach 12–16 Wochen; bei negativem Befund zu Box I (1x jährliche Kontrolle und Behandlung der Risikofaktoren); bei Bestätigung: Überweisung zum Internisten
- Orange – Verschlechterung** (Abnahme der eGFR (geschätzte glomeruläre Filtrationsrate) >15 ml im Beobachtungszeitraum und/oder Zunahme der Albuminurie): Überweisung zum Internisten; prinzipiell kann nach Erstellen eines Behandlungsplanes auch die weitere Betreuung wieder beim AM liegen; je nach Klassifizierung allerdings wieder 1x jährliche Kontrolle beim Internisten oder Nephrologen
- III.) Rosa** – (GFR >60ml/min, Albuminurie >300 mg/g Kreatinin): erstmalige Entdeckung eines hohen Risikos für kardiovaskuläre Komplikationen und Nierenfunktionsverlust; Bestätigung der Makroalbuminurie nach 12–16 Wochen; bei negativem Befund zu Box I (1x jährliche Kontrolle und Behandlung der Risikofaktoren); bei Bestätigung: Überweisung zum Nephrologen; bei Verschlechterung (Abnahme der eGFR >15 ml/min im Beobachtungszeitraum und/oder Zunahme der Albuminurie) Überweisung zum Nephrologen; prinzipiell kann nach Erstellen eines Behandlungsplanes auch die weitere Betreuung wieder beim AM liegen; 1 mal jährliche Kontrolle beim Nephrologen
- IV.) Gelb** – (GFR < 60 ml/min, keine Albuminurie): erstmalige Entdeckung eines möglichen erhöhten Risikos hinsichtlich kardiovaskulärer Komplikationen und Nierenfunktionsverlust; Überweisung zum Internisten; prinzipiell kann nach Erstellen eines Behandlungsplanes auch die weitere Betreuung wieder beim AM liegen; 1x jährliche Kontrolle beim Internisten
- Orange – Verschlechterung im Rahmen einer Kontrolle** (Abnahme der eGFR > 15 ml/min im Beobachtungszeitraum und/oder Entwicklung einer Albuminurie) Überweisung zum Nephrologen; prinzipiell kann nach Erstellen eines Behandlungsplanes auch die weitere Betreuung wieder beim AM liegen; je nach Klassifizierung allerdings wieder 1x jährliche Kontrolle beim Internisten oder Nephrologen
- V.) Gelb** – (GFR <60ml/min, Mikroalbuminurie): erstmalige Entdeckung eines erhöhten Risikos hinsichtlich kardiovaskulärer Komplikationen und Nierenfunktionsverlust; Bestätigung der Mikroalbuminurie nach 12–16 Wochen; bei eGR < 60 ml/min und negativem Befund zu Box II (1x jährliche Kontrolle durch Internist und Behandlung der Risikofaktoren); bei Bestätigung: Überweisung zum Internisten und im weiteren Verlauf 2x jährliche Kontrolle beim Internisten
- Orange – Verschlechterung** (Abnahme der eGFR > 15 ml/min im Beobachtungszeitraum und/oder Zunahme der Albuminurie) Überweisung zu Nephrologen; prinzipiell kann nach Erstellen eines Behandlungsplanes auch die weitere Betreuung wieder beim AM liegen; je nach Klassifizierung allerdings wieder 2x jährliche Kontrolle beim Internisten
- VI.) Rosa** – (GFR < 60 ml/min, Albuminurie > 300 mg/g Kreatinin): erstmalige Entdeckung eines hohen Risikos für kardiovaskuläre Komplikationen und Nierenfunktionsverlust; Bestätigung der Makroalbuminurie nach 12–16 Wochen; bei negativem Befund zu Box IV (1x jährliche Kontrolle und Behandlung der Risikofaktoren); bei Bestätigung: Überweisung zum Nephrologen; bei Verschlechterung (Abnahme der eGFR > 15 ml im Beobachtungszeitraum und/oder Zunahme der Albuminurie) Überweisung zum Nephrologen; prinzipiell kann nach Erstellen eines Behandlungsplanes auch die weitere Betreuung wieder beim AM liegen; 1x jährliche Kontrolle beim Nephrologen
- VII.) Rosa** – erstmalige Entdeckung eines hohen Risikos kardiovaskulärer Komplikationen und Nierenfunktionsverlustes; unabhängig von der Albuminurie Vorstellung beim Nephrologen und überwiegende Betreuung durch Nephrologen
- VIII.) Rot** – erstmalige (oder wiederholte?) Entdeckung eines Hochrisikopatienten – Vorstellung an einem Referenzzentrum und Betreuung durch dieses!

Graz in Abstimmung mit der österreichischen Gesellschaft für Nephrologie entwickelten und auf Evidenz geprüften Materialien [1, 5] in Form des Überweisungsschemas (Abb.1) und einer Begleitinformation im Umfang je einer DIN-A-4-Seite wurden in einem zweistufigen Prozess vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz (IAMEV) pilotiert.

Rekrutierung der Studienpraxen

Aus dem Forschungspraxisnetzwerk des IAMEV wurden nach dem Prinzip der Quotenstichprobe 40 Hausarztpraxen aktiv telefonisch kontaktiert. Dabei wurde auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung zwischen Stadt- und Landpraxen, Größe der Praxen und Geschlechterverteilung der Praxisinhaber geachtet. Die Pilotierungsmaßnahmen wurden in den Ordina-

tionen der Hausärzte (HÄ) durchgeführt.

Studiendesign

Das den Hausärzten bis dahin unbekannte Überweisungsschema (Abb. 1) und die Begleitinformation (Abb. 1a) sowie ein begleitendes Anschreiben der Krankenkasse wurde diesen in den Ordinationen nach einer kurzen Information über den Hintergrund der Untersu-

Fallvignetten	Bewertung der einzelnen AM und Empfehlungskonformität									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Beschreibung										
Ein 45-jähriger Patient (Nebendiagnose Arterielle Hypertonie) kommt wegen Fiebers in Ihre Ordination. Sie nehmen Blut ab und stellen fest, dass er neben erhöhten Entzündungsparametern auch eine Proteinurie aufweist. Die GFR ist > 60 ml/min. Sie bestimmen den Albumin-Kreatinin-Quotienten, der bei 220 mg/g liegt	✓	✓	X	X	X	✓	X	✓	✓	X
Sie betreuen seit Jahren einen 55-jährigen, stark übergewichtigen Patienten mit Diabetes mellitus 2, der medikamentös mehr schlecht als recht eingestellt ist. Seine Nierenfunktion war vor 1 Jahr mit einer GFR von 59 ml/min bereits eingeschränkt, jetzt führen Sie ein Jahr später eine weitere Untersuchung durch, bei der Sie eine GFR von 43 ml/min messen. Er weist keine Albuminurie auf.	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	X	X
Ein schlanker 25-jähriger Patient ohne Risikofaktoren kommt 3 Wochen nach einer eitrigen Angina tonsillaris zu einer Vorsorgeuntersuchung in Ihre Praxis. Es fällt Ihnen eine GFR von 55 ml/min auf, im Urinstix finden Sie eine Proteinurie und Hämaturie.	✓	✓	X	X	X	✓	X	X	X	X
Ein 59-jähriger Patient, dessen Vater an einer terminalen Niereninsuffizienz verstorben ist, der aber bislang kerngesund war und sich wohlfühlt, wird von Ihnen untersucht. Er weist eine GFR von 29 ml/min auf und eine Albuminurie von 270 mg/g.	✓	✓	X	X	X	✓	X	✓	✓	✓
Eine 49-jährige übergewichtige Patientin mit einem Harnwegsinfekt (BMI 32 kg/m ²) ohne Hypertonie, Diabetes mellitus oder Verwandte mit Niereninsuffizienz möchte einen Ganzkörper-Check. Dabei fällt Ihnen eine GFR von 55 ml/min und eine Proteinurie, Leukozyturie und Hämaturie auf.	✓	✓	X	X	X	X	X	✓	X	X
Eine Ihnen langjährig bekannte multimorbide 62-jährige Patientin mit Koronarer Herzerkrankung, Arterieller Hypertonie, Z.n. Apoplex und Diabetes mellitus II kommt zum Laborcheck. Ihre GFR liegt bei 19 ml/min, sie weist einen Albumin/Kreatinin-Quotienten von 29 ml/min auf.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AM = Allgemeinmediziner (A-J); ✓ = konforme Einordnung (richtig); X = non-konforme Einordnung (falsch)										

Tabelle 1 Beantwortung der allgemeinmedizinischen Fallvignetten

chung vorgelegt. Die HÄ sollten dann zunächst frei ihre Meinung zu Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Praktikabilität des Überweisungsschemas (Abb.1 Überweisungsschema alt) und der Begleitinformation (Abb. 1a) äußern, in einem zweiten Schritt wurde gezielt nach einzelnen Aspekten des Schemas gefragt. Dabei wurden Gespräche vom selben Untersucher mithilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens geführt.

Das methodische Vorgehen erfolgte dabei in Anlehnung an die „Think Aloud“-Methode [18]; die teilnehmenden Hausärzte sollten möglichst frei beim Durchschauen der Materialien ihre Meinung zu Verständlichkeit und Praktikabilität derselben äußern. Ergänzend wurden, um Verständlichkeitsprobleme aufzudecken, Methoden des „Comprehension Probing“ und „General Probing“ eingesetzt [18]. Dabei wurde z.B. gezielt nach Verständlichkeit und Kenntnis bestimmter Begrifflichkeiten (A1-A3) und inhaltlichen Aspekten sowie nach Barrierefaktoren in der Umsetzbarkeit des gesamten Programms gefragt.

Anschließend wurden den HÄ sechs Fallvignetten (Tab. 1) vorgelegt,

anhand derer die Anwendbarkeit des Überweisungsschemas und der Begleitinformation überprüft wurde.

Die gesamte Erhebung wurde nach Einverständniserklärung der teilnehmenden HÄ anonymisiert digital tonbandaufgezeichnet. Ergänzend wurden stichpunktartig Notizen gemacht.

Auswertung der Materialien

Die Auswertung der anonymisierten Tonbandmitschnitte der Interviews erfolgte in einem mehrstufigen Prozess durch einen Untersucher. Zunächst wurden im Sinne einer deduktiven Kategorienbildung anhand der vorliegenden Untersuchungsmaterialien Fragestellungen zur inhaltsrelevanten Kategorisierung gewonnen (Lesbarkeit, Verständlichkeit einzelner Begriffe, Relevanz von Überweisungsformalitäten etc.). Es erfolgte eine qualitative, inhaltliche Transkription und Klassifikation der Zitate in die vorher gebildeten Kategorien. In einem zweiten Schritt wurde nach Erhebung und inhaltlicher Transkription aller Daten eine induktive Kategorienbildung anhand aller Daten vorgenommen, um möglichst kei-

ne relevanten Kategorien zu übersehen [19].

Die Beantwortung der allgemeinmedizinischen Fallvignetten wurde nach richtig (r) und falsch (f) vorgenommen, wobei eine Bewertung der *medizinischen* Richtigkeit des Vorgehens nicht notwendigerweise implizit war. Es wurde nur festgestellt, ob die Hausärzte ein Vorgehen wählten, das mit dem im Überweisungsschema vorgegebenen Schema übereinstimmte (Tab. 1).

Ergebnisse

Von 40 kontaktierten Hausärzten konnten zehn Praxen für die Pilotierung rekrutiert werden. Gründe für mangelnde Teilnahmebereitschaft waren Zeitmangel, Vertretungstätigkeiten und Urlaubszeit. Die zehn HÄ stammten aus dem Forschungspraxisnetzwerk des IAMEV und wiesen eine gute Verteilung betreffend des Geschlechts (4 männlich/6 weiblich), Alter (5 unter/5 über 55 Jahre), Dauer der Niederlassung, Größe und der Lage der Praxis (5 Stadt-/5 Landpraxen) auf.

Für eine Darstellung in diesem Bericht wurden aus den Hauptkategorien diejenigen ausgewählt, die im Hinblick auf ihre Relevanz, was Verständlichkeit und Akzeptanz des Awarenessprogramms betrafen, am wichtigsten erschienen.

Rückmeldung der Hausärzte auf das Überweisungsschema

Die Namensgebung des Programms „niere.schützen“ hielten alle Hausärzte für sinnvoll. Ebenso stuften alle Hausärzte die in einem von unserem Institut in einem bereits existierenden Folgeprojekt geplanten und in Bezirksärzterfortbildungen und in halbjährlich auf Ärztekammerseminaren abzuhaltenden Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen für sinnvoll und notwendig ein. Der möglichen Anbindung der Untersuchung an die in Österreich existierende Form der Vorsorgeuntersuchung stimmten alle HÄ zu, bemängelt wurde die zurzeit nicht existente Vergütung dieser Zusatzleistung seitens der Krankenkasse.

Sieben Hausärzte beurteilten die Risikofaktoren, die als Voraussetzung zur Abnahme der Laborparameter GFR und Albumin aus dem Spontanharn dienen sollen, als verständlich. Unklarheiten bestanden darin, wie der Blutdruck genau definiert sei und dass die „terminale Niereninsuffizienz in der Familie“ für Patienten nicht verständlich sei.

Es ergaben sich Fragen dazu, ob ein Risikofaktor zur Untersuchung reiche und ob eine terminale Nierenerkrankung in der Familie vorgelegen haben müsse, oder ob eine andere Nierenerkrankung auch schon dafür reiche, eine Untersuchung durchzuführen.

Auf den ersten Blick erschien sieben HÄ das Überweisungsschema verständlich, insbesondere die an ein Ampelschema angelehnte Farbgebung war vertraut:

„(...) die Tabelle schaue ich mir gerne an, die Farbgebung ist ansprechend (...) die gelb-orangen Kastl'n erklären sich von selber, das wird immer ein bisschen schlechter, das kennt man noch von der Fahrschule (...).“ (HA F)

Es ergaben sich jedoch auch konkrete Nachfragen, z.B. wegen des fehlenden Zusammenhangs der Farbgebung mit der Zuordnung zu dem zu

überweisenden Facharzt, was als missverständlich beurteilt wurde:

„(...) mit den Farben (...) bezieht sich das auf die Person oder auf die Gefährdung (...) das führt vielleicht zu Missverständnissen (...) hellrot und dunkelrot ist personell ident, es ergibt sich aber keine Unterschiedlichkeit des Handelns (...).“ (HA C)

Bezüglich der Überweisungsformalitäten war neun HÄ bewusst, welches Prozedere im Falle einer Überweisung zum Nephrologen vorzunehmen war, es wurde jedoch von allen HÄ der Wunsch geäußert, die konkreten Adressen der Ärzte und Krankenhäuser, an die überwiesen werden kann, aufzulisten und bereitzustellen.

Im Falle der notwendigen Zuweisung zum Internisten stellten sich drei HÄ die Frage, ob der Internist eine besondere Zusatzbezeichnung brauche und welche speziellen Untersuchungen der Internist durchführe, die der HA nicht durchführen könne.

„(...) wie unterscheidet sich denn die Behandlung durch Internisten und Allgemeinmediziner (...) Überweisung zum Internisten, da frag' ich mich wirklich, wozu das gut ist, das würd' ich wirklich hinterfragen (...).“ (AM C)

Wiederholt wurde die Benutzerfreundlichkeit angesprochen:

„(...) so wenig als möglich, wenn die Leute das Gefühl haben, das muss ich ausrechnen, dann ist es vorbei (...).“ (AM C)

Zusammenfassend wurde aufgrund der Hauptkritikpunkte Übersichtlichkeit, Zeitmangel, Verständlichkeit und Benutzerfreundlichkeit die Begleitinformation weggelassen und das Schema entsprechend der Abbildung 1 (Überweisungsschema neu) adaptiert, indem die wesentlichen Inhalte der Begleitinformation in das Überweisungsschema integriert wurden, ebenso wurden die Adressen von Nephrologen, zu denen überwiesen werden kann, auf der Rückseite vermerkt.

Fallvignetten

In einem zweiten Schritt wurde die Anwendbarkeit des Überweisungsschemas anhand von Fallvignetten (Tab. 1) getestet. Von 60 Fällen wurden 32 (53 %) richtig eingeordnet, 47 % der Fälle wurden nicht laut Überweisungsschema bearbeitet. Es zeigte sich, dass einige HÄ zwar nach erstem Betrachten

das Überweisungsschema als übersichtlich beurteilten (z.B. AM C/D/G), bei der Bearbeitung der Fallvignetten aber deutliche Anwendungsfehler auftraten; dies insbesondere im Bereich wenig veränderter Nierenfunktionsparameter, d.h. z.B. bei einer Albuminurie oder Niereninsuffizienz bis G3 (Tab. 1).

Die Ergebnisse dieser Fallvignettenüberprüfung führten dazu, dass insbesondere im Bereich der noch moderat veränderten Nierenfunktionsparameter auf besondere Übersichtlichkeit geachtet wurde und eine einheitliche und zur Farbgebung des Schemas korrelierende Information des jeweiligen Überweisungsfeldes gewählt wurde (Abb. 1 Überweisungsschema neu).

Diskussion

Die tonbandaufgezeichneten und anonymisierten Interviews von zehn HÄ zeigten nach inhaltlicher, kategorisierender Analyse deutlich den Modifikationsbedarf beim Überweisungsschema und der Begleitinformation einer geplanten Awareness-Maßnahme zur Detektion niereninsuffizienter Patienten. Es gelang durch die zusätzliche Praktikabilitätsprüfung anhand der allgemeinmedizinischen Fallvignetten den spezifischen Änderungsbedarf des Überweisungsschemas zu ermitteln und einen überarbeiteten finalen Entwurf zu erstellen, der einerseits den aufgetretenen Problemen gerecht wurde und andererseits den Wunsch der HÄ aufgriff, das Überweisungsschema und die Begleitinformation möglichst zusammenzufassen und so einfach und übersichtlich wie möglich zu gestalten. Daneben konnten mögliche Barrierefaktoren in der Umsetzung bzw. in der Anwendung wie z.B. die fehlende Vergütung dargestellt und an geeigneter Stelle adressiert werden. Die momentan in der Steiermark noch nicht mögliche Einbeziehung der Untersuchung in eine Vorsorgeuntersuchung wurde von allen HÄ als sinnvoll erachtet, da dies einerseits das Spektrum der Risikopopulation erweitere, andererseits dies den Ärzten die Laborabnahme bei den Patienten ermögliche, die ggf. nicht zu einer weiteren Blutabnahme zu motivieren seien.

Univ.-Ass. Dr. med. Stephanie Poggenburg ...

... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung in Graz, Österreich. Ihre Aufgabenschwerpunkte betreffen die studentische Lehre, den Aufbau des Forschungspraxisnetzwerkes, Versorgungsforschungsprojekte und die Konzeptionierung neuer Lehrformate. Daneben arbeitet sie in einer Praxis für Allgemeinmedizin.

Fortbildungsmaßnahmen

Den Wunsch der HÄ entsprechend werden ab der Implementierung des Programms Fortbildungsmaßnahmen für niedergelassene Ärzte angeboten, um über den Schritt der Awareness hinaus therapeutische Schritte einleiten zu können, wie dies auch in den von der European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) empfohlenen Leitlinien empfohlen wird [13]. Die frühzeitige Detektion niereninsuffizienter Patienten mit dem Ziel der Prävention terminaler Niereninsuffizienzen rückt wie oben gezeigt europaweit in den Fokus des Interesses und ist auch erklärtes Ziel des Projektes REnal Function in Ambulatory CarE (REFACE [20]). Dies ist ebenso Inhalt einer in Entwicklung befindlichen S2k-Leitlinie zum Thema chronische Niereninsuffizienz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) und der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN).

Evaluierung

Für die Zukunft ist eine Weiterentwicklung des Programms hinsichtlich der Entwicklung eines DMP-Programms oder als Anbindung an ein bestehendes DMP-Programm anzustreben, wodurch zusätzlich auch der Nutzen einer Dokumentation, nicht zuletzt im Hinblick auf eine sinnvolle Evaluation des Projektes, gegeben wäre.

Stärken und Schwächen der Arbeit

Es war nicht Aufgabe des IAMEVs und nicht Gegenstand dieser Untersuchung die zugrunde liegende Evidenz des Programms zu untersuchen, da die zu pilotierenden Materialien unter der Federführung der Österrei-

chischen Gesellschaft für Nephrologie unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Evidenzlage entwickelt wurden. Nachdem gezeigt werden konnte, dass es bei der ursprünglich erarbeiteten Version des Überweisungsschemas in nahezu 50 % zu Problemen bei der Überweisung gekommen war, hätte nach der Überarbeitung des Überweisungsschemas ein zweiter Pilotierungsdurchlauf durchgeführt werden müssen. Aufgrund des von politischer Seite hohen Implementierungsdruckes des Programms konnte dieser jedoch nicht stattfinden.

Bei dem Programm „niere.schützen“ handelt es sich um eine Awareness-Maßnahme, um niereninsuffiziente Patienten frühzeitig zu erkennen und ihnen eine möglichst umfassende, ggf. auch regelmäßige (fach-)ärztliche Behandlung zukommen zu lassen.

An dieser Erhebung nahm nur eine kleine Gruppe (n = 10) von steirischen Hausärzten teil. Diese zeigte aber eine gute Verteilung betreffend des Geschlechts, Größe und Lage der Praxis (Stadt/Land). Durch einen zweistufigen Pilotierungsprozess, der nach dem Führen qualitativer Interviews auch die Beantwortung von fallspezifischen Fallvignetten beinhaltete, konnten zuvor nicht erkannte Verständlichkeits- und Praktikabilitätsprobleme demaskiert werden.

Schlussfolgerungen

Sowohl britische [5] wie auch US-amerikanische [6, 7] nephrologische Fachgesellschaften halten Früherkennungsmaßnahmen i.S. eines Screenings auf Niereninsuffizienz für sinnvoll. Auch die European Kidney Health Alliance (EKHA) [3] schließt sich diesen Empfehlungen an und empfiehlt, detektierte niereninsuffiziente Patienten mög-

lichst rasch einer effektiven Diagnostik und Therapie zuzuführen [8].

Das nephrologische Awareness-Programm „niere.schützen“, das im Januar 2016 in der Steiermark etabliert wurde, stellt eine Maßnahme zur Früherkennung niereninsuffizienter Patienten dar und umfasst Maßnahmen, die in diesen Empfehlungen der internationalen Fachgesellschaften enthalten sind. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Pilotierung der Materialien (Überweisungsschema und Begleitinformation), die initial für dieses Programm erstellt worden waren. Es konnte gezeigt werden, dass mithilfe von zehn Hausärztinnen und Hausärzten des Forschungspraxisnetzwerkes des IAMEV die Materialien so überarbeitet werden konnten, dass für die endgültige Version eine praktikablere und plausiblere Form erarbeitet werden konnte. So kann vor der bundeslandweiten Etablierung des Programms von einer besseren Akzeptanz durch die teilnehmenden AM ausgegangen werden. Dies ist insofern relevant, als dass ein Projekt initiiert wurde, an dem mehr als 1000 AM in der Steiermark und in Zukunft alle Ärzte Österreichs teilnehmen sollen.

Für die Zukunft ist eine prozesshafte Begleitung der Maßnahme durch die planenden Partner vorgesehen, die sowohl die neuen Materialien re-evaluieren als auch die Implementierung des Programms durch Fortbildungsmaßnahmen unterstützen.

Danksagung: Besonderer Dank gilt den an der Pilotierung „niere.schützen“ teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten des Forschungspraxisnetzwerkes des IAMEV.

Interessenkonflikte: Das Projekt wurde durch den Gesundheitsfonds Steiermark finanziell gefördert.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stephanie Poggenburg
Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV)
Auenbruggerplatz 2/9
8036 Graz
Österreich
stephanie.poggenburg@medunigraz.at

Literatur

- Rosenkranz A, Krisper P, Eller K. Chronische Niereninsuffizienz. ÖAZ 2015; 21: 22–30
- Thomas C, Thomas L. Niereninsuffizienz – Bestimmung der glomerulären Funktion. Dtsch Arztebl Int 2009; 106: 849–54
- www.renal.org/docs/default-source/default-document-library/ekha-recs-for-sustainable-kidney-care-22-05-2015.pdf (letzter Zugriff am 22.09.2015)
- Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C-Y. Chronic kidney disease and the risk of death, cardiovascular events, and hospitalization. N Engl J Med 2004; 351: 1296–305
- www.nice.org.uk/guidance/cg182/evidence/cg182-chronic-kidney-disease-update-full-guideline (letzter Zugriff am 22.9.2015)
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for chronic kidney disease: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Clinical Guideline. Ann Intern Med. 2012; 157: 567–70
- Berns JS. Routine screening for CKD should be done in asymptomatic adults ... selectively. Clin J Am Soc Nephrol. 2014; 9: 1988–92
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. Clinical Practice Guideline for the management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Intern Supplements 2012; 2: 337–414
- http://diabetes.therapie-aktiv.at/portal27/portal/diabetesportal/content/contentWindow?contentid=10008.617678&action=b&cacheability=PAGE&version=1427975661 (letzter Zugriff am 24.11.2015)
- www.gesundheitsfonds-steiermark.at/Seiten/Nephrologische-Versorgung.aspx (letzter Zugriff am 16.11.2015)
- Glehr R. Reform des österreichischen Gesundheitssystems. Z Allg Med 2014; 90: 213–4
- Weir MR. Recognizing the link between chronic kidney disease and cardiovascular disease. Am J Manag Care 2011; 17 Suppl 15: S396–402
- Zoccali C, Abramowicz D, Cannata Andia JB, et al. European best practice quovadis? From european best practice guidelines (EBPG) to european renal best practice (ERBP). Nephrol Dial Transplant 2008; 23: 2162–6
- Collins AJ, Li S, Ma JZ, Herzog C. Cardiovascular disease in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 2001; 38: S26–S29
- Joanneum Research ForschungsbH. Nephrologische Versorgung in der Steiermark – Darstellung der notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung eines integrierten Versorgungskonzepts. 2009
- Inker LA, Astor BC, Fox CH, et al. KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. Am J Kidney Dis 2014; 63: 713–35
- Crowe E, Halpin D, Stevens P. Guideline Development Group. Early identification and management of chronic kidney disease: Summary of NICE guidance. BMJ 2008; 337: A1530
- Prüfer P, Rexroth M; Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen – ZUMA – (Ed.): Kognitive Interviews. Mannheim, 2005 (GESIS-How-to 15)
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse [28 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 2000; 1, Art. 20. http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204
- Wirkner J, Ludwig F, Raus C, et al. REFACE (REnal Function in Ambulatory Care): Diagnose und Verlaufskontrolle der chronischen Niereninsuffizienz in der Hausarztpraxis – eine Analyse von Primär- und Sekundärdaten in der bevölkerungsepidemiologischen „Study of Health in Pomerania“. 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. 2015



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet sowohl Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE als auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Sind auch Sie an den in der DEGAM aktuell diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de