

GUT VERSORGT BEI HERZINSUFFIZIENZ?

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Berlin widmet sich schwerpunktmäßig der Durchführung und Förderung der Versorgungsforschung in der vertragsärztlichen Versorgung. In einer aktuellen Studie analysieren die Autoren Dr. Burgi Riens, Dr. Dominik Graf von Stillfried und Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum die vorliegenden Daten für den Freistaat Bayern zur leitliniengerechten Therapie bei Linksherzinsuffizienz.

Die Herzinsuffizienz gehört in Deutschland zu den häufigsten Diagnosen stationär behandelter Patienten und zu den häufigsten Todesursachen. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien die Krankenhausaufnahmen sowie die Mortalität der Patienten senken und die

Lebensqualität verbessern kann. Wie sich die Versorgungssituation in der Praxis darstellt, kann anhand von Abrechnungsdaten untersucht werden. Die vorliegende Auswertung des ZI zur Versorgung der Herzinsuffizienzpatienten in Bayern zeigt Unterschiede in der leitliniengerechten Therapie in Bezug auf Geschlecht und Alter der Patienten.

Die Ergebnisse werfen Fragen auf, inwieweit und durch welche Maßnahmen die Versorgung verbessert werden kann.

Steigende Anzahl von Patienten

Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten internistischen Krankheiten und rangiert bei den statio-

Anteil Patienten mit der Verdachtsdiagnose Linksherzinsuffizienz mit echokardiografischer Absicherung

Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Linksherzinsuffizienz oder nicht näher spezifizierter Herzinsuffizienz und mit echokardiografischer Absicherung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2009 in Bayern

■ Männer ■ Frauen

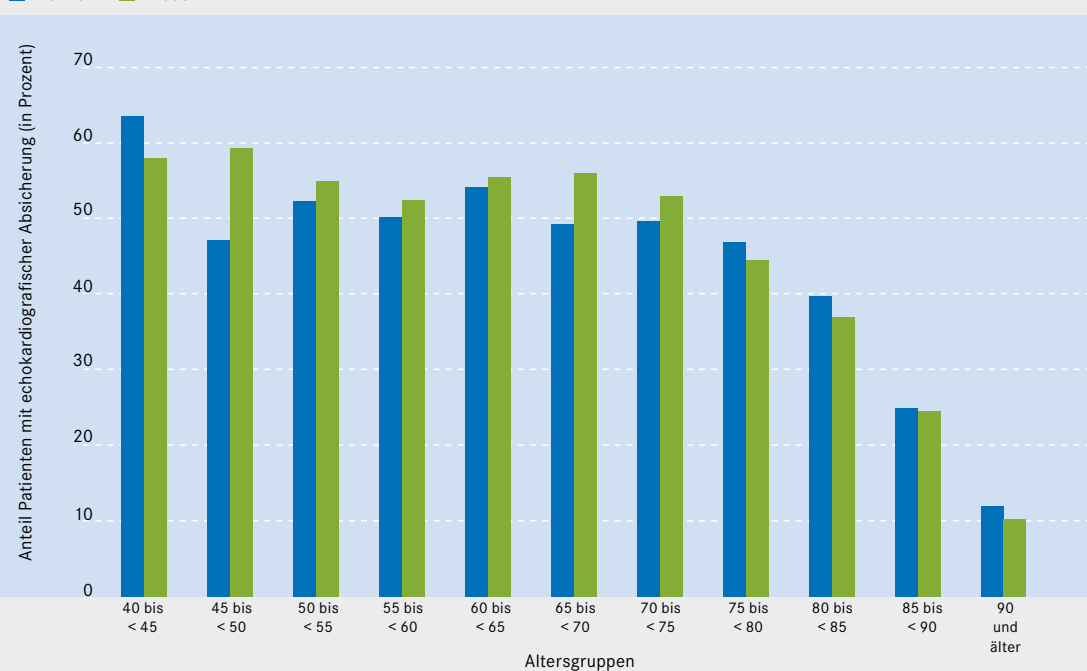


Abbildung 1

Quelle: ZI

Das Fußnotenverzeichnis zu diesem Artikel sowie eine Grafik zur Verteilung der Patienten nach ICD-10-Code finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Presse/Publicationen/KVB FORUM/Literaturverzeichnis*.

nären Behandlungsanlässen an zweiter Stelle. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung und die verbesserten Überlebenschancen von Personen mit Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen und anderen kardialen Erkrankungen, die zu Herzinsuffizienz führen können, lässt erwarten, dass die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigt. Damit werden Diagnose und Therapie dieser Krankheit auch in Zukunft eine zentrale Bedeutung in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung einnehmen.

Die häufigsten Ursachen für eine Herzinsuffizienz sind die koronare Herzkrankheit (KHK), die arterielle Hypertonie und das Vorhofflimmern. Darüber hinaus werden verschiedene Komorbiditäten wie zum Beispiel Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, Angina Pectoris und Depression beobachtet [1].

Typische Symptome einer Herzinsuffizienz sind Dyspnoe, Müdigkeit, reduzierte physische Belastbarkeit und/oder Flüssigkeitsretention. Da diese Beschwerden unspezifisch sind, muss einem Verdacht durch gründliche Anamnese, körperliche Untersuchung und weiterführende Diagnostik nachgegangen werden. Der Echokardiographie kommt dabei nach den Empfehlungen verschiedener Leitlinien wie der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) [1] oder der ESC-Leitlinie 2012 [2] besondere Bedeutung zu.

Eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien kann zur Symptomreduktion und Prognoseverbesserung führen [3] und die Hospitalisierungsrate reduzieren [5]. In Deutschland sind in den vergangenen Jahren verschiedene, zum Teil inhaltlich divergierende Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit Herzinsuffizienz publiziert worden. Seit 2009 bestehen mit der Nationalen



Dr. Burgi Riens ist Diplom-Biologin und bearbeitet seit 2010 für das ZI unterschiedliche Themen der Versorgungsforschung. Fragen zur Studie beantwortet sie gerne unter E-Mail: briens@zi.de

Versorgungsleitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ evidenzbasierte Empfehlungen, die von den mit der Behandlung dieser Erkrankung befassten medizinischen Fachgesellschaften konsentiert wurden [1].

Die verschiedenen Leitlinien stimmen in ihren Empfehlungen bezüglich

Arzneimitteltherapie bei Linksherzinsuffizienzpatienten nach Geschlecht und Altersgruppen

Anteil der Patienten mit Linksherzinsuffizienz mit leitliniengerechter Arzneimitteltherapie nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2009 in Bayern. — — — Männer — — — Frauen
 ■ Betablocker ■ ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten ■ ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten und Betablocker

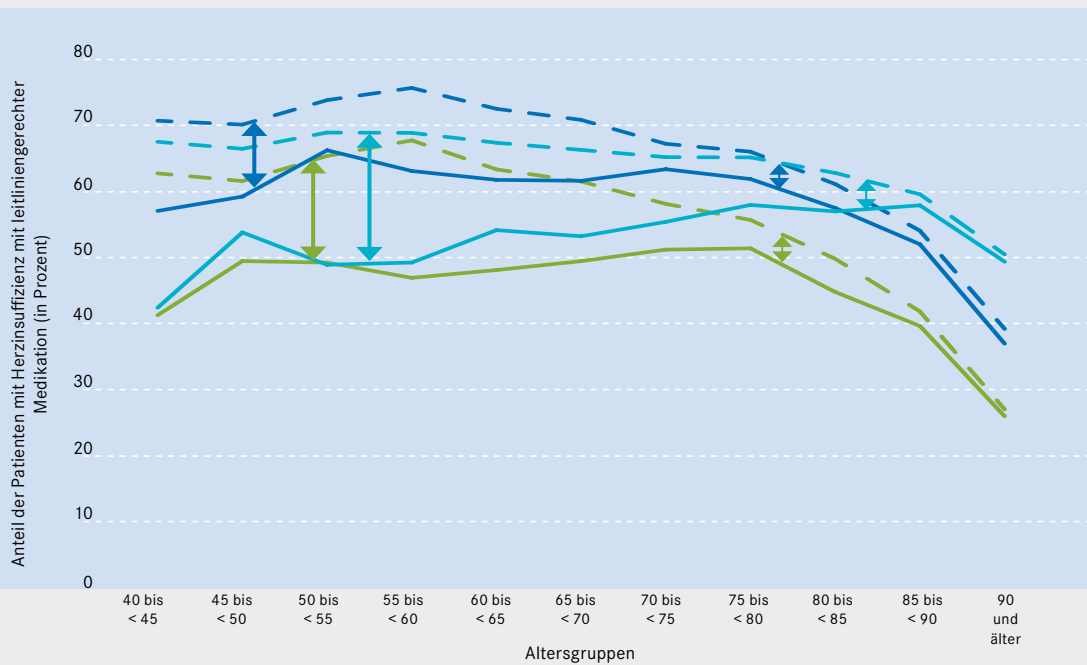


Abbildung 2

Quelle: ZI

lich der Pharmakotherapie weitgehend überein.

Demnach sollen

- alle symptomatischen und asymptomatischen Patienten mit systolischer Dysfunktion bei fehlenden Kontraindikationen ACE-Hemmer erhalten beziehungsweise bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit Angiotensin-II-Antagonisten (AT1-Rezeptorblocker); sowie
- alle symptomatischen Patienten mit nachgewiesener Herzinsuffizienz bei Fehlen von Kontraindikationen Beta-Rezeptorenblocker erhalten.

Zu diesen Empfehlungen können anhand von Arzneiverordnungsdaten Auswertungen vorgenommen werden. Weitere Empfehlungen zur Pharmakotherapie betreffen höhere Schweregrade sowie spezielle Komplikationen der Krankheit. Diese können aufgrund nicht vollständig vorliegender Angaben zum Schweregrad der Herzinsuffizienz mit Abrechnungsdaten nicht untersucht werden.

Definition der Studienpopulationen

Den dargestellten Analysen liegt die Kodierung der Herzinsuffizienz gemäß der ICD-10-Klassifikation zugrunde. Unterschieden werden I50.0- (Rechtsherzinsuffizienz), I50.1- (Linksherzinsuffizienz) und I50.9 (Herzinsuffizienz nicht näher spezifiziert). Insgesamt wurde in Bayern im Jahr 2009 bei 384.000 gesetzlich versicherten Patienten in der ambulanten Versorgung eine Herzinsuffizienz nach I50.- dokumentiert, für zirka 40.000 Patienten davon wurden mehrere Formen der Herzinsuffizienz kodiert. Bei zirka 72 Prozent der Patienten ist die nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz (I50.9) dokumentiert, bei knapp 19 Prozent die Links-

herzinsuffizienz (I50.1-) und bei zirka neun Prozent die Rechtsherzinsuffizienz (I50.0-).

Die Untersuchungen zur Häufigkeit der Echokardiografie basieren auf Patienten ab 40 Jahren mit Wohnsitz in Bayern, für die in 2009 ein Verdacht auf Linksherzinsuffizienz (I50.1-V) oder auf nicht näher spezifizierter Herzinsuffizienz (I50.9V) dokumentiert wurde, in 2008 jedoch keine Diagnose nach I50.- bestand (N = 8.840). Es wird geprüft, ob für diese Patienten im Jahr 2009 oder im ersten Quartal 2010 gemäß Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung eine Echokardiografie durchgeführt wurde.

Basis der pharmakologischen und fachgruppenspezifischen Analysen sind Patienten mit Wohnsitz in Bayern, bei denen in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2009 die gesicherte Diagnose Linksherzinsuffizienz (I50.1-G) dokumentiert ist (M2Q-Prinzip). Dies betrifft 45.432 Patienten.

Diagnostik

Der Anteil der echokardiografisch untersuchten Patienten bleibt bis zu der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen mit zirka 55 Prozent nahezu konstant (Abbildung 1). In den höheren Altersgruppen kommt es zu einer deutlichen und kontinuierlichen Abnahme dieser Untersuchungsmethode. Dabei sind geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. Für 46,8 Prozent der männlichen Patienten ab 40 Jahre und 44,8 Prozent der weiblichen Patienten ab 40 Jahre ist eine Echokardiografie dokumentiert. Nicht alle Patienten mit der Verdachtsdiagnose Herzinsuffizienz werden demnach ambulant echokardiografisch untersucht. Allerdings liegen keine Angaben vor, welcher Anteil gegebenenfalls im Rahmen eines stationären Aufenthalts

eine Echokardiografie erhalten hat.

Pharmakologische Therapie

Abbildung 2 stellt den Anteil der Patienten mit Linksherzinsuffizienz dar, der mit a) ACE-Hemmern und/oder AT1-Antagonisten, b) mit Betablockern oder c) mit einer Kombinationstherapie aus ACE-Hemmern/AT1-Antagonisten und Betablockern behandelt wird, stratifiziert nach Altersgruppen und Geschlecht. Bei allen untersuchten Therapieformen zeigen sich auffällige geschlechts- und altersspezifische Abweichungen von den Leitlinienempfehlungen. In den jüngeren Altersgruppen erhält ein deutlich geringerer Anteil der Frauen eine spezifische Medikation. Während in den Altersgruppen der 45- bis unter 65-Jährigen 65 Prozent der Männer mit der Kombinationstherapie ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten und Betablocker therapiert wurden, erhielten nur 49 Prozent der Frauen diese Medikamentenkombination. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden mit zunehmendem Alter der Patienten geringer.

Gründe für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der medikamentösen Behandlung könnten darin liegen, dass bei Frauen häufiger eine diastolische Herzinsuffizienz besteht, die eine Behandlung mit anderen Arzneimitteln erfordert und für die bisher keine Leitlinie vorliegt. Häufigere und anders ausgeprägte Arzneimittelnebenwirkungen bei Frauen [6] könnten dazu führen, dass Frauen bei gleicher Diagnose, Risikokonstellation und Alter pharmakologisch anders therapiert werden als Männer.

Behandlung durch Haus- und Fachärzte

Im Jahr 2009 wurden in Bayern 64 Prozent der Linksherzinsuffizienz-

patienten in Bezug auf diese Erkrankung ausschließlich vom Hausarzt betreut, vier Prozent wurden sowohl vom Hausarzt als auch vom Kardiologen betreut. Der Anteil der Patienten, die ausschließlich vom Kardiologen behandelt wurden, betrug ebenfalls vier Prozent. Bei 28 Prozent der Herzinsuffizienzpatienten fand die Behandlung in Gemeinschaftspraxen (Fachgruppenbezeichnungen sind in diesen Daten nicht verfügbar) oder bei Ärzten anderer Fachgruppen statt.

Eine Kombinationstherapie aus ACE-Hemmern beziehungsweise AT1-Antagonisten und Betablockern erhielten in Bayern 47 Prozent der rein hausärztlich betreuten Linksherzinsuffizienzpatienten (Abbildung 3). Bei kardiologischer Mitbehandlung erhöht sich der Anteil um 26 Prozentpunkte auf rund 73

Prozent. Auch auf Bundesebene führt die kardiologische Mitbehandlung zu einem höheren Anteil von Patienten mit Kombinationstherapie. Ein Vergleich der neuen und alten Bundesländer zeigt zudem eine um sechs Prozentpunkte höhere leitlinienentsprechende Medikamentenverordnung bei der hausärztlichen Versorgung der neuen Bundesländer.

Der Hausarzt spielt bei der Versorgung der Herzinsuffizienzpatienten eine entscheidende Rolle. Der überwiegende Teil der Patienten konsultiert bei den typischen Symptomen einer Herzinsuffizienz zuerst den Hausarzt. Kenntnis von und Zustimmung zu Leitlinien sind nach Studienlage allgemein sehr hoch, in der Praxis bestehen aber Unterschiede bei der Anwendung der Empfehlungen. Hausärzte sind

besonders mit dem Problem der Polymedikation bei Multimorbidität konfrontiert und müssen zum Wohl ihrer Patienten oft Abwägungen treffen, die Abweichungen von einzelnen Versorgungsleitlinien beinhalten. Hierfür sind von der im Jahr 2013 erschienenen Leitlinie „Multimedikation“ neue Hilfestellungen zu erwarten [7]. Leitlinien dienen einer fundierten Unterstützung für ärztliche Entscheidungen. Sie sind kein Instrumentarium für einen Praxisvergleich. Dennoch werfen die anhand der Routinedaten sichtbaren alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Versorgungsrealität die Frage auf, ob und wie die Versorgung von Herzinsuffizienzpatienten in Bayern weiter verbessert werden kann.

Dr. Burgi Riens

Arzneimitteltherapie bei Linksherzinsuffizienzpatienten nach Fachgruppen

Dargestellt ist der Anteil der Linksherzinsuffizienzpatienten mit Kombinationstherapie (ACE-Hemmer beziehungsweise AT1-Antagonisten und Betablockern) an allen Linksherzinsuffizienzpatienten der jeweiligen Fachgruppe im Jahr 2009, stratifiziert nach West, Ost und Bayern.

■ Bayern ■ West (ohne Hamburg) ■ Ost (ohne Thüringen)

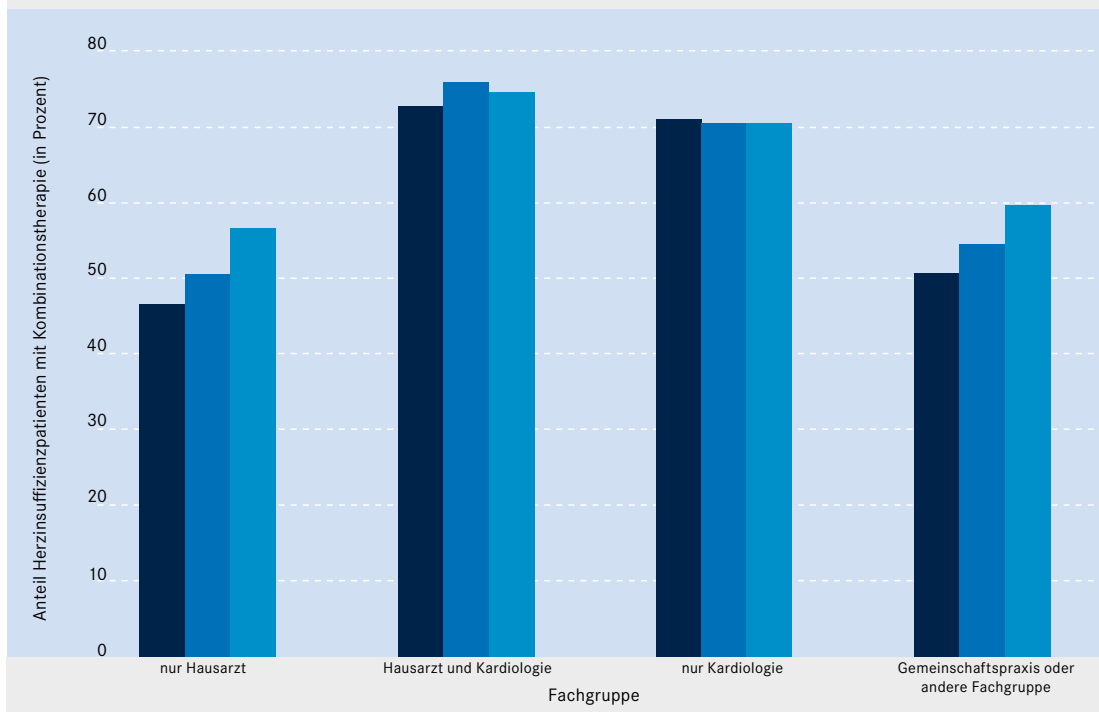


Abbildung 3

Quelle: ZI, Datengrundlage 2009, N = 45.432 Patienten, I50.1 M2Q