

Herzinsuffizienz – wie gut sind Berliner Patienten versorgt?

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) untersucht die aktuelle und zukünftige Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland auf Grundlage der bundesweiten kassenübergreifenden vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und der Verordnungsdaten. Für den KV-Bereich Berlin analysieren die Autoren Dr. Burgi Riens, Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum und Dr. Dominik Graf von Stillfried die Daten im Hinblick auf die leitliniengerechte Therapie bei Patienten mit Herzinsuffizienz.

In Deutschland leiden mehr als zwei Millionen Menschen unter einer Herzinsuffizienz. Laut dem Deutschen Herzbericht 2013¹ ist in den letzten Jahren ein linearer Anstieg der Herzinsuffizienz-bedingten Krankenhausaufnahmen festzustellen. Dennoch macht sich ein leichter Rückgang der Mortalität bemerkbar, der auf Fortschritte in der Therapie zurückzuführen ist. Eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien kann bei der Linksherzinsuffizienz zur Symptomreduktion und Prognoseverbesserung führen² und die Hospitalisierungsrate reduzieren³. Seit 2009 bestehen mit der Nationalen Versorgungsleitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ evidenzbasierte Empfehlungen, die von den mit der Behandlung dieser Erkrankung befassten medizinischen Fachgesellschaften konsentiert wurden⁴. In Bezug auf die Pharmakotherapie sollen demnach

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

Genderspezifische Unterschiede in der pharmakologischen Therapie

Basis der fachgruppenspezifischen Ana-

lysen zur Verordnungsqualität sind Patienten mit Wohnsitz in Berlin, bei denen in mindestens zwei Quartalen (M2Q-Prinzip) des Jahres 2009 die gesicherte Diagnose Linksherzinsuffizienz (ICD-10 I50.1-G) bzw. die nicht näher spezifizierte Herzinsuffizienz (ICD-10 I50.9 G) dokumentiert ist. In Berlin ist Linksherzinsuffizienz somit für 14.704 Patienten dokumentiert, eine nicht näher spezifizierte Herzinsuffizienz für 53.007 Patienten (Tabelle 1). Die Studie des ZI fokussiert auf die leitliniengerechte Pharmakotherapie bei Patienten mit Herzinsuffizienz in Bezug auf die Verordnung von ACE-Hemmern oder AT1-Antagonisten bzw. Beta-Rezeptorenblockern allein sowie deren Kombination.

Bei allen drei Medikationsformen zeigen sich starke geschlechtsspezifische Unterschiede: Männer werden durchgängig leitlinienorientierter therapiert als Frauen. ACE-Hemmer oder AT1-Antagonisten erhalten 81,5% der Männer mit Linksherzinsuffizienz und 74,4% der Frauen. Bei Beta-Rezeptorenblockern (Männer 72,5%, Frauen 61,5%) und der Kombinationstherapie aus ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten und Beta-Rezeptorenblockern (Männer: 62,7%, Frauen 50,8%) ist der Unterschied noch ausgeprägter. Patienten mit nicht näher spezifizierter Herzinsuffizienz erhalten die genannten Pharmaka anteilig etwas seltener.

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 Frauen⁵ könnten dazu führen, dass Frauen bei gleicher Diagnose, Risikokonstellation und Alter pharmakologisch anders therapiert werden als Männer.

Leitliniengerechte Pharmakotherapie: bei Berliner Männern besonders ausgeprägt

Sind die genderspezifischen Versor-

gungsunterschiede eine Berliner Besonderheit? Ja und Nein. Die Studie des ZI belegt die Existenz des genderspezifischen Versorgungsmusters für ganz Deutschland, in Berlin sind die Unterschiede hingegen besonders ausgeprägt. Zur Darstellung regionaler Versorgungsunterschiede wird auf ein populationsbezogenes Analysemodell zurückgegriffen, welches den Beitrag der an der Versorgung beteiligten Einrichtungen (Hausarzt-/Facharztpraxis) besser erkennbar macht⁶. Für jeden Patienten wird die Praxis aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich mit dem höchsten Versorgungsanteil an der hausärztlichen Versorgung im Jahr 2009 identifiziert. Dieser Praxis wird der Patient mit sämtlichen weiteren Facharztkontakten bzw. -verordnungen zugeordnet. Auf diese Weise wird jeder hausärztlichen Praxis eine streng abgegrenzte Patientenpopulation zugewiesen, deren Versorgung eine „virtuelle Versorgungsgemeinschaft“ von Haus- und Fachärzten verantwortet hat. Insgesamt konnten für Berlin 1.796 Versorgungsgemeinschaften identifiziert werden, die Patienten mit Herzinsuffizienz (Links-herzinsuffizienz, nicht näher spezifizierte Herzinsuffizienz) behandelt haben.

Abbildung 1 stellt mithilfe von Box-Whisker-Plots je Versorgungsgemeinschaft den Anteil der weiblichen bzw. männlichen Patienten mit Herzinsuffizienz dar, die im Jahre 2009 eine Kombinationstherapie aus ACE-Hemmern/AT1-Antagonisten und Beta-Rezeptorenblockern erhalten haben. Abbildung 1 vermittelt mehrere Erkenntnisse: Die Box umfasst jeweils 50% aller Versorgungsgemeinschaften. Demnach liegt der Anteil der leitliniengerecht therapierten Herzinsuffizienzpatientinnen in Deutschland für 50% aller Versorgungsgemeinschaften zwischen rund 30% und 50%; in der mittleren Versorgungsgemeinschaft (Median) liegt der Anteil leitliniengerecht therapierten Herzinsuffizienzpatientinnen bei 40%. Die sogenannten Whisker zeigen die „Ausreißer“. Demnach gibt es auch Versorgungsgemeinschaften, in denen nahezu alle oder keine der Herzinsuffizienzpatientinnen

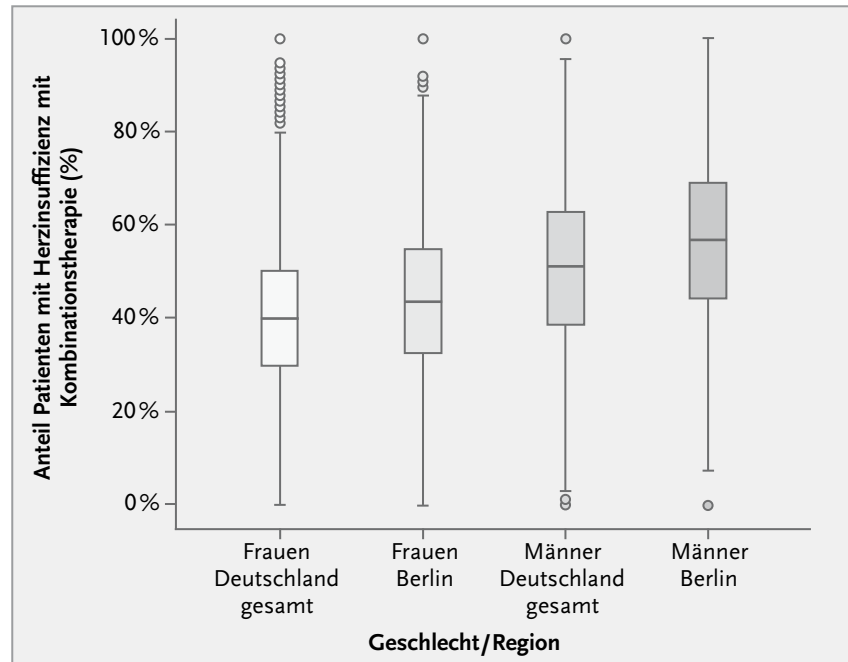


Abbildung 1: Anteil der Patienten mit ACE-Hemmern/AT1-Antagonisten und Beta-Rezeptorenblockern an allen Patienten mit Herzinsuffizienz (ICD-10 I50.1-/I50.9 (M2Q) im Jahr 2009, stratifiziert nach Geschlecht und Region. Darstellung der Verteilung der berechneten Anteile für die Versorgungsgemeinschaften als Box-Whisker-Plot.

leitliniengerecht versorgt werden. Bezüglich dieser Streubreite zeigt sich kein Unterschied zwischen Deutschland und Berlin, bezüglich der Ausprägung genderspezifischer Versorgungsmuster hingegen schon. Der Vergleich der Mittelwerte zeigt für Männer in Berlin einen um 6% höheren Versorgungsgrad und für Frauen um 3%. Dieser Unterschied ist für beide Geschlechter hoch signifikant. Somit ist die Pharmakotherapie bei Herzinsuffizienzpatienten in Berlin insgesamt leitlinienorientierter als im übrigen Deutschland, die Versorgungsunterschiede zwischen Frauen und Männern sind jedoch stärker ausgeprägt. Bundesweit fand sich der größte Anteil leitliniengerecht betreuter Patienten, wenn diese von Hausarzt und Kardiologen versorgt wurden.

Schlussfolgerungen

Medizinische Leitlinien stellen den aktuellen Stand des medizinischen Wissens

dar und sollen dazu beitragen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern und zu verbessern. Sie sollen die Diagnosefindung und Therapieentscheidung erleichtern, definieren aber keine strikten Therapieziele im Einzelfall. Im Rahmen der individuellen Behandlung müssen vom Arzt oft Abwägungen getroffen werden, die Abweichungen von einzelnen Versorgungsleitlinien beinhalten. Berliner Patienten mit Herzinsuffizienz weisen eine leitlinienkonformere pharmakologische Behandlung im Vergleich zu Patienten im Bundesgebiet auf. Vor dem Hintergrund der Bedeutung einer leitlinienkonformen Pharmakotherapie für die Reduktion stationärer Aufnahmen und die Verbesserung der Prognose stellt sich dennoch die Frage, ob und wie die Versorgung dieser Patienten im Sinne der Leitlinien noch weiter verbessert werden kann. Der hier gewählte Ansatz der „Versorgungsgemeinschaften“ könnte geeignet sein, Best-Practice-Beispiele bzw. Patientenpopulationen mit



Fortsetzung von Seite 25

besonders großem Verbesserungspotenzial zu identifizieren. Fraglich ist, ob und inwieweit die beobachteten geschlechtsspezifischen Versorgungsunterschiede jeweils bekannt und beabsichtigt sind. Sicherlich weisen bei Herzinsuffizienz auch Case-Management-Programme (CMP) in die richtige Richtung. Kürzlich wurde im Deutschen Ärzteblatt eine Analyse von Routinedaten aus einem CMP bei Herzinsuffizienz einer gesetzlichen Krankenversicherung veröffentlicht. In der Interventionsgruppe wurden weniger Patienten hospitalisiert und rehospitalisiert sowie geringere stationäre Behandlungskosten festgestellt, während die Arzt-Kontakt-Rate im Vergleich zur Kontrollgruppe anstieg⁷.

Dr. Burgi Riens,
Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum,
Dr. Dominik Graf von Stillfried

alle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche
Versorgung, ZI

Referenzen:

- 1 Deutsche Herzstiftung (Hrsg.). *Deutscher Herzbericht 2013 (25. Bericht): Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland*. Frankfurt a. M.: 2013. Link: www.herzstiftung.de/herzbericht/
- 2 Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al. *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008*. *Eur Heart J* 2008; 29: 2388–442
- 3 Flesch M, Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Le Pen C, Gonzáles-Juanatey JR, van Veldhuisen DJ, Tavazzi L, Poole-Wilson P, Erdmann E. *Leitliniengerechte Herzinsuffizienzbehandlung in Deutschland. Ergebnisse der MAHLER-Studie*. *Dtsch Med Wochenschr* 2005; 130: 2191–2197
- 4 *Nationale Versorgungs-Leitlinie Herzinsuffizienz, 2009*. Download unter

Anteil der Patienten mit leitliniengerechter Herzinsuffizienz-spezifischer Pharmakotherapie bei Linksherzinsuffizienz (ICD-10 I50.1) im Vergleich zu Patienten mit nicht näher spezifizierter Herzinsuffizienz (ICD-10 I50.9) in Berlin im Jahr 2009, stratifiziert nach Geschlecht

Nr.	Qualitätsindikator	Linksherzinsuffizienz (ICD-10 I50.1-M2Q)		Herzinsuffizienz nicht näher spezifiziert (ICD-10 I50.9)	
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Männer		N = 7.188		N = 19.389	
1	Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten behandelt werden	5.857	81,5 %	14.772	76,2 %
2	Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden	5.208	72,5 %	12.666	65,3 %
3	Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten und zusätzlich mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden	4.576	63,7 %	10.705	55,2 %
Frauen		N = 7.516		N = 33.618	
1	Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten behandelt werden	5.589	74,4 %	22.387	66,6 %
2	Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden	4.626	61,5 %	17.590	52,3 %
3	Patienten mit Herzinsuffizienz, die mit einem ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten und zusätzlich mit einem Beta-Rezeptorenblocker behandelt werden	3.815	50,8 %	13.529	40,2 %

www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinie.de/

- 5 Baggio G, Corsini A, Floreani A, Gianini S, Zagonel V. *Gender medicine: a task for the third millennium*. *Clin Cehm Lab Med* 2013; 51(4): 713–727
- 6 Stillfried D, Czihal T. *Welchen Beitrag liefern funktional definierte Populationen zur Erklärung regionaler Unter-*

schiede in der medizinischen Versorgung? Bundesgesundheitsblatt 2014, 57: 197–206

- 7 Hendricks V, Schmidt S, Vogt A, Gysan D, Latz V, Schwang I, Griebenow R, Riedel R. *Case management program for patients with chronic heart failure - effectiveness in terms of mortality, hospital admissions and costs*. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(15): 264–70