



Leitliniengerechte Therapie bei Herzinsuffizienz

Riems B • Bätzing-Feigenbaum J

Hintergrund

Die Herzinsuffizienz stellt eine der häufigsten internistischen Krankheiten dar und stand im Jahr 2011 an erster Stelle der internistischen Diagnosen bei stationär Behandelten. Trotz sinkender Mortalitätsraten steigt die Hospitalisierungsrate durch Herzinsuffizienz an. Zwischen 1995 und 2011 wurde eine deutliche Zunahme der vollstationär behandelten Fälle von 275 auf 465 Fälle pro 100.000 Einwohner beobachtet [1]. Obwohl die Morbidität der Herzinsuffizienz bei Frauen höher ist, ist die Prognose selbst besser als bei Männern, da Frauen mit chronischer Herzinsuffizienz in der Regel länger überleben [2]. 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 auch in den nächsten Jahrzehnten weiter zunimmt. Eine effiziente und zielgerichtete Versorgung dieser Patienten ist daher eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem.

Eine Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien kann bei der Linksherzinsuffizienz zur Symptomreduktion und Prognoseverbesserung führen und die Hospitalisierungsrate reduzieren. 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 Versorgungsleitlinie „Chronische Herzinsuffizienz“ evidenzbasierte Empfehlungen, die von den mit der Behandlung dieser Erkrankung befassten medizinischen Fachgesellschaften konsentiert wurden [3]. Der

Echokardiographie kommt nach den Empfehlungen verschiedener Leitlinien besondere Bedeutung bei der Diagnostik zu. In Bezug auf die pharmakologische Behandlung empfehlen die Leitlinien

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

Ziel dieser Untersuchung ist es, die aus Voruntersuchungen bekannten Unterschiede bei Diagnose und Behandlung der Herzinsuffizienz anhand der ambulanten kassenärztlichen Versorgungsdaten in Deutschland zu überprüfen. Eine kausale Abklärung regionaler und genderbezogener Unterschiede ist mit den Daten naturgemäß nicht möglich, aber sie erlauben die Identifizierung von bestehenden Versorgungsungleichgewichten und von Handlungsbedarf, mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgungssituation der Bevölkerung in Deutschland zu verbessern.

Methodik

Für die indikationsbezogenen Arzneimittelauswertungen werden die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß §295 SGB V sowie die bundesweiten kassenübergreifenden Arzneiverordnungsdaten nach §300 Abs. 2 SGB V des Jahres 2009 auf Patientenebene miteinander verknüpft. Die Studie fokussiert auf die Patienten

mit dokumentierter Linksherzinsuffizienz (ICD-10 I50.1-). Grundlage der pharmakologischen Analysen sind Patienten mit der gesicherten Diagnose Linksherzinsuffizienz, bei denen in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2009 die Diagnose dokumentiert ist. Für die Untersuchungen zur Echokardiographie wird dagegen eine Untersuchungspopulation aus Patienten mit der Verdachtsdiagnose Linksherzinsuffizienz gebildet.

Ergebnisse

Diagnostik

Deutschlandweit wird die Echokardiographie bei 45,9% der ambulanten Patienten mit der Verdachtsdiagnose Linksherzinsuffizienz angewendet, wobei sowohl altersabhängige Unterschiede als auch regionale Variationen auftreten. Der Anteil der echokardiographisch untersuchten Patienten bleibt bis zu der Altersgruppe der 65- bis unter 70-Jährigen mit ca. 60% nahezu konstant und fällt dann kontinuierlich ab. Dabei sind geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. Im Altersbereich ab 40 Jahre wurden 48,4% der Männer und 43,3% der Frauen echokardiographisch untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass es noch Raum für Qualitätssteigerungen gibt, wobei zu berücksichtigen

ist, dass die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführte Echokardiographie in der vorliegenden Studie nicht erfasst sind. Es zeigen sich deutliche regionale Unterschiede in der Anwendung der Echokardiographie mit überdurchschnittlich hohen Werten in den Stadt-KVen Hamburg (ca. 75%) und Berlin (ca. 65%). Vermutlich ist das ambulante Angebot an Echokardiographie-Leistungen in den Stadtstaaten höher und wird in den Flächenstaaten wie z.B. Mecklenburg-Vorpommern eher von Kliniken übernommen.

Pharmakotherapie

Abbildung 1 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 70% der Männer mit der

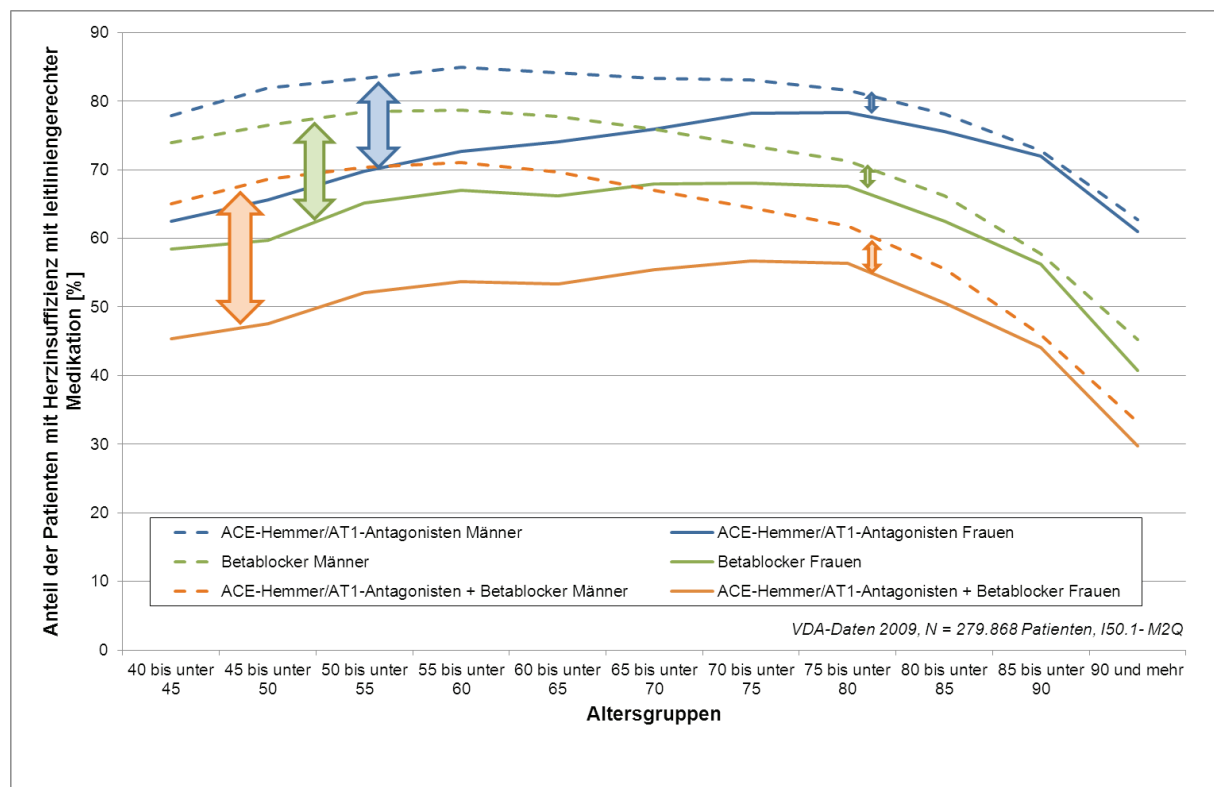


Abb. 1: Anteil der Patienten mit Linksherzinsuffizienz mit leitliniengerechter Pharmakotherapie nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2009

Kombinationstherapie ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten und Betablocker therapiert werden, erhalten nur 52% der Frauen diese Medikamentenkombination. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden mit zunehmendem Alter der Patienten geringer.

Gründe für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der medikamentösen Behandlung könnten u.a. darin liegen, dass bei Frauen häufiger eine diastolische Herzinsuffizienz besteht. Diese Form der Herzinsuffizienz, für die bisher keine Leitlinie vorliegt, erfordert eine andere medikamentöse Behandlung als die systolische Linksherzinsuffizienz. Häufigere und anders ausgeprägte Arzneimittelnebenwirkungen bei Frauen könnten ebenfalls dazu führen, dass Frauen bei gleicher Diagnose, Risikokonstellation und Alter pharmakologisch anders therapiert werden als Männer.

Fachgruppenspezifische Behandlung

54,4% der männlichen und 62,0% der weiblichen Patienten mit Linksherzinsuffizienz werden ausschließlich vom Hausarzt betreut, 6,8% bzw. 4,4% werden sowohl vom Hausarzt als auch vom Kardiologen betreut. Der Anteil der Patienten, der ausschließlich vom Kardiologen behandelt wird, beträgt 11,1% bzw. 7,5%. Bei den übrigen Patienten findet die Behandlung in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder bei Ärzten anderer Fachgruppen statt. In Bezug auf die rein hausärztliche Versorgung zeigt sich eine um etwa 6 Prozentpunkte höhere pharmakologische Versorgung in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten. Bei kardiologischer Mitbehandlung minimiert sich dieser Ost-West-Gradient. Darüber hinaus zeigt sich, dass die zusätzliche Behandlung durch einen Kardiologen gegenüber der ausschließlichen Behandlung durch einen Hausarzt einen 20-25% höheren Anteil medikamentös behandelter Patienten zur Folge hat.

Der Hausarzt spielt bei der Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz im ambulanten Sektor die entscheidende Rolle. Der überwiegende Teil der Patienten konsultiert bei den typischen Symptomen einer Herzinsuffizienz primär und ausschließlich den Hausarzt. Kenntnis von und Zustimmung zu Leitlinien sind nach bisherigem Wissensstand sowohl bei Hausärzten als auch bei Fachärzten sehr hoch, in der Praxis ergeben

sich aber Unterschiede bei der Anwendung der Empfehlungen. Hausärzte sind beispielsweise besonders mit dem Problem der Polymedikation bei Multimorbidität konfrontiert und müssen zum Wohl ihrer Patienten oft Entscheidungen treffen, die möglicherweise nach sorgfältiger Risikoabwägung im Einzelfall Abweichungen von Versorgungsleitlinien bzw. einzelnen Leitliniempfehlungen beinhalten können.

Fazit

Medizinische Leitlinien dienen einer fundierten Unterstützung für ärztliches Handeln. Sie sind jedoch keine Schablonen, sondern systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen und damit eine Orientierungshilfe für eine individuelle Behandlung der Patienten. Dennoch werfen die anhand der Routinedaten aus der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung in Deutschland erkennbaren alters- und geschlechtsabhängigen Unterschiede in der Versorgungsrealität die Frage auf, ob und wie die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz im Sinne der Leitlinien weiter verbessert werden kann. Insbesondere bei multipler Komorbidität bestehen besondere therapeutische Herausforderungen.

Referenzen

1. Deutsche Herzstiftung (Hg.). Deutscher Herzbericht 2013 (25. Bericht): Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. Frankfurt a. M.: 2013. Link: <http://www.herzstiftung.de/herzbericht/>
2. Kozanli I, Jarai R, Fellner B, Jakl G, Huber K. Frauen und Herzinsuffizienz. J Kardiologie 2008; 15: 292-296
3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 1. Auflage. Version 7. 2009, zuletzt geändert: August 2013. Link: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/herzinsuffizienz>