

FORSCHUNG MIT ROUTINEDATEN

Hürden bei Herzinsuffizienz

Eine Tagung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung belegt: Es ist kompliziert, aus Routinedaten Rückschlüsse auf die leitliniengerechte Versorgung von Patienten zu ziehen.

Herzinsuffizienz zählt zu den häufigsten Gründen für eine Einweisung von Patienten ins Krankenhaus. Ließe sich die Hospitalisierungsrate senken, wenn die Behandlung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte leitlinienbezogener wäre? Oder orientieren sich viele von ihnen längst an entsprechenden Empfehlungen, bietet diese aber zu wenig Entscheidungshilfen für alte, multimorbide Herzinsuffizienz-Patienten? Und lassen sich solche Fragen nach der Versorgungsqualität mittlerweile schlüssig durch Forschung mit Hilfe von Routinedaten beantworten?

gen regionale Unterschiede“, erläuterte Dr. rer. nat. Burgi Riens, Mitautorin der Studie. Sie zeigten sich auch bei Herzinsuffizienz-Patienten.

So erhielten über 40-Jährige mit Linksherzinsuffizienz in den östlichen Bundesländern häufiger leitliniengerecht Medikamente verordnet als im Rest Deutschlands. Allerdings werden diese Ergebnisse für den Süden durch die Selektivverträge etwas verzerrt. In Bayern und Baden-Württemberg ist eine nennenswerte Zahl von Versicherten in Hausarztverträge eingeschrieben, häufig chronisch kranke Patienten: „Deren Diagnosen erfassen wir

der Patienten.“ Ein weiterer Rückschluss: Wurden die Betroffenen nicht allein vom Hausarzt behandelt, sondern zusätzlich von einem Kardiologen, wirkte sich dies positiv auf die Leitlinienorientierung aus: Sie lag dann 20 Prozent höher.

Auch geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich aus den Routinedaten herausfiltern. Insgesamt wurden Männer offenbar stärker leitlinienorientiert versorgt als Frauen, wenn man die Einnahme von ACE-Hemmern, AT1-Antagonisten und Betablockern analysiert. „Das bedeutet nicht, dass Frauen benachteiligt werden“, betonte Riens aber. „Vielmehr ist es so, dass Frauen Medikamente anders vertragen. Sie leiden oftmals mehr oder häufiger an Nebenwirkungen. Deshalb sind die Ärzte hier vorsichtiger beim Verschreiben.“

Mehrere Tagungsteilnehmer kritisierten die Limitationen der Studie und die Schlüsse. So seien regionale Versorgungsunterschiede möglicherweise darauf zurückzuführen, dass nicht überall ausreichend Kardiologen niedergelassen seien, hieß es. Auch habe man lediglich untersucht, welche Rezepte eingelöst wurden, nicht aber, welche Medikamente verordnet wurden.

Auf mögliche Diskrepanzen in diesem Bereich verwies auch Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione vom Berliner Universitätsklinikum Charité in ihrem Vortrag über Gender und Herzinsuffizienz. Man wisse, dass betroffene Frauen stärker als Männer unter Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie litten. Dies erschwere eine leitliniengerechte Therapie. Hinzu komme, dass bei einem Medikament wie Metoprolol eine dauerhafte Gewichtszunahme die Folge sein könne, was zu Adhärenzproblemen bei herzinsuffizienten Frauen führe. „Man glaubt gar nicht, wie viele Tabletten in Nachttischen oder Sporttaschen liegen“, verdeutlichte Oertelt-Prigione das Problem.

Auf den Stellenwert und die Grenzen der Nationalen Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz ging Dr. med. Christiane Muth ein, die daran beteiligt war. Muth erinnerte daran, dass ein zentrales Thema die

Frauen mit Herzinsuffizienz werden seltener leitliniengerecht therapiert, legen Studien nahe. Doch dafür kann es gute Gründe geben.



Foto: picture alliance

Darum ging es Anfang Juni bei der Tagung „Herzinsuffizienz – mit leitliniengerechter Versorgung nicht schlapp machen“! Veranstaltet wurde sie vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI). Das ZI hat eine Analyse zur Herzinsuffizienz im Rahmen des Projekts „Versorgungsatlas“ abgeschlossen. Dafür wurden ambulante Abrechnungsdaten (Paragraf 295 Sozialgesetzbuch V) und Arzneimittelabrechnungsdaten (Paragraf 300) ausgewertet. „Viele Studien zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bele-

nicht“, so Riens. „Es könnte deshalb sein, dass wir dort eher ein gesünderes Klientel erfassen.“

Regionale Unterschiede fanden die ZI-Wissenschaftler auch im Hinblick auf die Echokardiografie: „Diese Diagnostik wird in Stadtstaaten häufiger eingesetzt als in anderen Regionen“, lautet einer von Riens' Schlüssen. „So wird in Hamburg bei fast 75 Prozent der Patienten mit der Verdachtsdiagnose Linksherzinsuffizienz die Echokardiografie angewendet, in Berlin bei circa 65 Prozent und in den übrigen Regionen nur bei 35 bis 50 Prozent

Koordination der Patientenversorgung gewesen sei. Sie hält die Forderung nach Zusammenarbeit des Hausarztes herzsuffizienter Patienten mit diversen Disziplinen aber für zu einseitig. Bei einer Weiterentwicklung der Leitlinie sollte man ihrer Ansicht nach die Verpflichtung zur Zusammenarbeit auf den stationären Bereich ausdehnen – und Ko- und Multimorbiditäten noch mehr Beachtung schenken.

„Die Kommunikation zwischen Krankenhausarzt und niedergelassenem Arzt könnte viel besser sein“, bestätigte ein Teilnehmer. Er wünschte sich, dass Medikationsveränderungen in der Klinik begründet würden, damit der Hausarzt sie nachvollziehen könne. Umgekehrt wurde angemerkt, dass Klinikärzte ohne Hinweis auf Unverträglichkeit oder anderes nicht erkennen könnten, dass ein Hausarzt ein Medikament aus guten Gründen nicht verordne.

DMP: Fortschritte bei Arznei, Lücken bei Kooperation

Über Erkenntnisse aus Routinedaten zu Herzerkrankungen im Rahmen der Disease Management Programme (DMP) im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein berichtete Dr. rer. soc. Lutz Altenhofen, ZI. Sie seien „eine wichtige Matrix zur Verortung der hausärztlichen Versorgungsqualität und ihres Verbesserungspotenzials“. Altenhofen sieht Erfolge, zumindest was die Medikation betrifft: „Wenn Sie zeitbezogen schauen, haben Sie schon Anlass zu Optimismus, weil Sie die Leitliniempfehlungen in den Verordnungen auch vorfinden.“ Er verwies aber darauf, dass es in Randbereichen der Region schwieriger sei, die Versorgungsziele zu erreichen – und dass „noch viel zu tun ist bei der Kooperation allein im ambulanten Sektor.“

Ein Teilnehmer wunderte sich, dass den Routinedaten zufolge nur ein Drittel der Herzinsuffizienzpatienten im DMP im Lauf eines Jahres wie empfohlen zum Kardiologen überwiesen wird. Das sei bedenklich. ■

Sabine Rieser

PATIENTENVERSORGUNG

Betreuung spart Geld

Die mhplus BKK hat psychisch kranke Versicherte ein Jahr lang telefonisch betreut. Ergebnis: Die Zufriedenheit der Versicherten stieg und die Kosten sanken.

Telefonische Patientenbegleitung spart Gesundheitskosten. Das ist das Ergebnis der Evaluation eines zweijährigen Projektes, das die mhplus BKK am 12. Juni in Berlin vorgestellt hat. „Ziel des Projektes war die ganzheitliche Betreuung von Versicherten mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen“, erklärte der Vorstand der Kasse, Winfried Baumgärtner, auf einer Konferenz des BKK Dachverbandes. Dafür hätten fünf Mitarbeiterinnen die Versicherten am Telefon betreut.

„Die Versicherten bekamen Unterstützung bei der Organisation und Administration ihrer Behandlungen, zum Beispiel durch eine Vermittlung von Arztterminen, bei der Auswahl von Ärzten oder der Koordination der Arzneimitteleinnahmen“, sagte Baumgärtner. „Wir haben versucht, den Versicherten einen höchstmöglichen Grad an Informationen über ihre Behandlung zu geben.“ Die behandelnden Ärzte seien nicht vertraglich in das Projekt einbezogen gewesen. „Wir wollen nicht medizinisch tätig werden. Das ist nicht unsere Aufgabe“, so Baumgärtner. Mediziner in Projekte dieser Art nicht direkt mit einzubeziehen, wird dabei von manchen Ärzten kritisch gesehen.

Die für das Projekt infrage gekommenen Versicherten wurden von der mhplus BKK angeschrieben und bei einem Assessment über die konkreten Behandlungsziele informiert. Dann wurde ein Betreuungsplan erstellt; das Projekt lief über zwölf Monate. „Nach Projektende haben wir sowohl die teilnehmenden Patienten als auch eine Kontrollgruppe nach ihrer Gesamtzufriedenheit mit ihrer Krankenkasse befragt“, sagte der Bereichsleiter „Versorgung & Gesundheitsökonomie“ der mhplus

BKK, Dr. Oliver Gapp. „Zwischen beiden Gruppen gab es deutliche Unterschiede.“ So seien aus der Kontrollgruppe 20 Prozent der Befragten mit ihrer Kasse vollkommen zufrieden gewesen – bei den Projektteilnehmern seien es 36 Prozent gewesen.

„Und auch die Kosten sind gefallen“, erklärte Gapp. „Die Durchschnittskosten für die Versicherten in der Kontrollgruppe lagen nach einem Jahr bei 5 000 Euro – die Durchschnittskosten für die Versicherten in der Interventionsgruppe hingegen lagen bei 4 600 Euro.“ Zudem seien weniger Versicherte, die an dem Projekt teilgenommen haben, innerhalb eines Jahres wieder in ein Krankenhaus eingewiesen worden: Waren dies 45 Prozent in der Kontrollgruppe, lag die Rehospitalisierungsrate bei den Projektteilnehmern bei 29 Prozent. „Das hat uns schon sehr überraschend“, betonte Gapp. „Denn eigentlich machen wir mit unserer Hilfe über das Telefon Triviales – und das führt zu solchen Effekten!“

Wettbewerb um Qualität

„Es gibt eine Vielzahl von Projekten in Deutschland, aber wir haben keine Kultur, sie zu evaluieren und durch die Ergebnisse die Patientenversorgung zu verbessern“, erklärte der Vorstand des BKK Dachverbandes, Franz Knieps. Er betonte, dass die BKKen einen Kontrapunkt gegen einen Wettbewerb um Beitragszehntel setzten wollten: „Wir bekennen uns zu einem Wettbewerb um Qualität.“ Der Vorteil der BKKen sei dabei, dass sie flexibler und schneller seien als große Krankenkassen. Und sie trauten sich, mit Hilfe von Versorgungsforschern neue Wege zu gehen. ■

Falk Osterloh