

Prävention und Gesundheitsförderung

Elektronischer Sonderdruck für
B. Hagen

Ein Service von Springer Medizin

Präv Gesundheitsf 2010 · 5:307–312 · DOI 10.1007/s11553-010-0258-x

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

B. Hagen · L. Altenhofen · I. Schwang · R. Griebenow · T. Czihal · D. von Stillfried

Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz

Versorgungsqualität in einem Disease-Management-Programm

Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz

Versorgungsqualität in einem Disease-Management-Programm

Hintergrund und Fragestellung

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die Manifestation der Artherosklerose an den Herzkranzarterien. Von den häufig noch symptomfreien Frühstadien der Erkrankung bis hin zu den fortgeschrittenen Stadien mit einer Angina-pectoris-Symptomatik verschlechtert sich dabei das Verhältnis von Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel. Herzinfarkt, Schlaganfall und periphere arterielle Verschlusskrankheit sind die bedeutendsten klinischen Manifestationen der KHK. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Artherosklerose werden derzeit für 46,4% aller Todesfälle in Deutschland verantwortlich gemacht und sind damit die führende Todesursache [3].

Die Prävalenz der KHK in der Bevölkerung unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern und nimmt mit dem Lebensalter zu. Sie liegt bei Männern zwischen 55 und 64 Jahren bei 13,1% (Frauen: 8,4%), im Alter zwischen 65 und 74 Jahren bei 17,7% (Frauen: 11,1%) und ab 75 Jahren bei 18,6% (Frauen: 16,1%) [3].

Am 28. Juli 2004 vereinbarten die Vertragspartner in Nordrhein das Disease-Management-Programm (DMP) KHK. Seit August 2004 können sich Ärzte und Krankenhäuser an dem Programm beteiligen und Versicherte in das DMP ein-

schreiben. Das DMP KHK soll die Qualität der Langzeitversorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit durch einen strukturierten und kontinuierlichen Behandlungsverlauf sichern und verbessern. Die drei Therapieziele des Programms sind:

- die KHK-bedingte Mortalität zu verringern,
- die kardiovaskuläre Morbidität zu verringern, d. h. Herzinfarkte zu vermeiden und die Entwicklung einer Herzinsuffizienz zu verhindern sowie
- die Lebensqualität von Patienten mit stabiler Angina pectoris durch das Vermeiden spezifischer Beschwerden zu erhöhen und die körperliche Belastungsfähigkeit zu erhalten.

Um diese Ziele umzusetzen, soll sich die Behandlung der Patienten an evidenzbasierten Leitlinien orientieren sowie eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie erfolgen. Darüber hinaus sollen die Versorgungsebenen miteinander kooperieren und die vertraglich vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität eingehalten werden. Die Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentationen ist zu gewährleisten und schließlich sollen sich die Patienten aktiv an dem DMP beteiligen [1].

Im Jahr 2008 waren insgesamt 186.599 Patienten mit gesicherter KHK in das DMP eingeschrieben, hiervon waren knapp zwei Drittel (63,2%) Männer. Nach unserem Kenntnisstand ist dies die momentan weltweit größte KHK-Patientenpopulation, deren Versorgungsqualität über einen Zeitraum von bis zu 4 Jahren untersucht werden kann.

Das mittlere Alter der Patienten lag bei 70,2 und die mittlere Erkrankungsdauer bei 8,2 Jahren. Aufgrund der relativ langen mittleren Erkrankungsdauer ist bei vielen Patienten zu vermuten, dass die Diagnostik weitgehend abgeschlossen ist. Auch wird sich die medikamentöse Versorgung wahrscheinlich nicht mehr in der Einstellungsphase befinden. Ein Großteil der Patienten ist als ausgeprägt multitorbid anzusehen: so ist bei 87,4% eine arterielle Hypertonie, bei 76% eine Fettstoffwechselstörung, bei 37,4% ein Diabetes mellitus, bei 34,2% ein Herzinfarkt in der Vorgeschichte und bei 22% eine chronische Herzinsuffizienz nachgewiesen [6]. Entsprechend dieser Befundlage sind die interventionellen Maßnahmen innerhalb des DMP KHK vorrangig der Sekundärprophylaxe zuzuordnen.

Trotz der sicherlich nicht günstigen Ausgangslage konnte in den seit Programmbeginn regelmäßig einmal pro Jahr veröffentlichten Qualitätssiche-

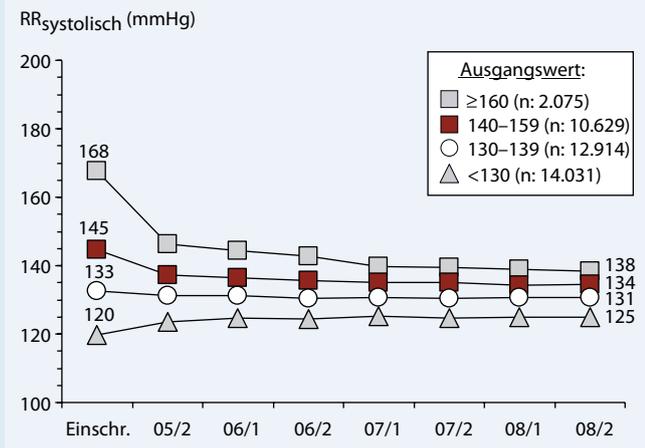


Abb. 1 ▲ Mittlerer systolischer Blutdruck ($RR_{systolisch}$) im Zeitverlauf nach Ausgangswerten insgesamt 39.649 Patienten mit einer Einschreibung im 2. Halbjahr 2004 oder 1. Halbjahr 2005 und kontinuierlicher Teilnahme bis zum 2. Halbjahr 2008 (Ausgangswerte gemittelt; die Konfidenzintervalle der im multivariaten Messwiederholungsmodell geschätzten Nachfolgewerte werden aus darstellungstechnischen Gründen nicht gezeigt)

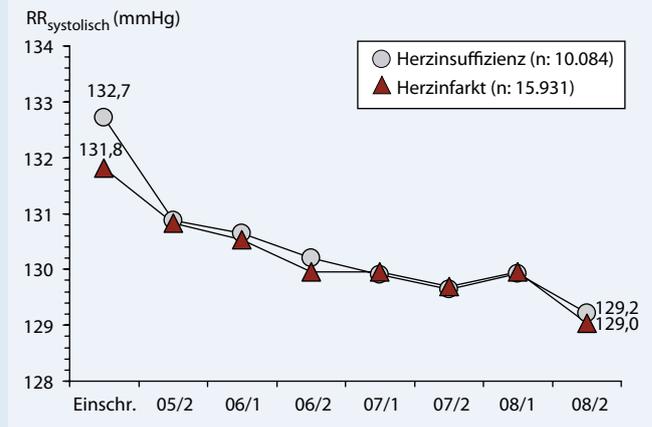


Abb. 2 ▲ Mittlerer systolischer Blutdruck ($RR_{systolisch}$) im Zeitverlauf bei Patienten mit Herzinsuffizienz- oder Herzinfarktpatienten mit einer Einschreibung im 2. Halbjahr 2004 oder 1. Halbjahr 2005 und kontinuierlicher Teilnahme bis zum 2. Halbjahr 2008 (Ausgangswerte geschätzt, hierzu wie zu den ebenfalls im multivariaten Messwiederholungsmodell geschätzten Nachfolgewerten werden die Konfidenzintervalle aus darstellungstechnischen Gründen nicht gezeigt)

rungsberichten gezeigt werden, dass sich die Versorgungsqualität der KHK-Patienten über die Zeit kontinuierlich verbessert hat. Primäre Indikatoren hierfür sind die im Zeitverlauf konstant sinkenden Blutdruckwerte ebenso wie die parallel hierzu ansteigenden Verordnungshäufigkeiten antihypertensiver Medikamente. Gleichzeitig sind auch bei der Verordnung von Thrombozytenaggregationshemmern und Statinen deutliche Zunahmen erkennbar [6].

Aktuelle Veröffentlichungen zum Stand der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit in Europa und Deutschland (Studien EuroAspire I-III) konstatieren nach wie vor trotz bedeutender Steigerungen bei der antihypertensiven Medikation eine nahezu unveränderte Blutdrucksituation bei Herzinfarktpatienten oder solchen mit einer Koronarintervention: „These time trends show a compelling need for more effective lifestyle management of patients with coronary heart disease. Despite a substantial increase in antihypertensive and lipid-lowering drugs, blood pressure management remained unchanged“ [7]; „No change in blood pressure control despite increased use of anti-hypertensive medications. 61% above therapeutic target (BP<140/90 mmHg)“ [8].

Lassen sich diese Aussagen mit den Daten aus dem DMP KHK bestätigen?

Hierzu sollen im Folgenden neben der Gesamtheit zwei spezifische Untergruppen genauer betrachtet werden: Patienten, die in der Vergangenheit einen Herzinfarkt erlitten haben, und Patienten, die zusätzlich zur KHK an einer chronischen Herzinsuffizienz leiden. Gerade für diese beiden Teilkollektive der Patienten gelten gemäß der aktuellen klinischen Leitlinien Empfehlungen, den Blutdruck möglichst aggressiv zu senken, gegebenenfalls unter Einsatz einer kombinierten antihypertensiven Medikation, um das Auftreten von Neuereignissen zu verhindern oder die Entwicklung von Folgeschäden zu vermeiden bzw. wenigstens zu verzögern [5].

Datengrundlage und Methoden

Im Jahr 2008 waren insgesamt 186.599 Patienten mit gesicherter KHK in das DMP eingeschrieben (63,2% Männer), das mittlere Alter der Patienten lag bei 70,2±10,3 und die mittlere Erkrankungsdauer bei 8,2±6,7 Jahren. Unter Berücksichtigung der oben genannten alters- und geschlechtsabhängigen Prävalenz der KHK sowie der Alters- und Geschlechtsverteilung der gesetzlich Krankenversicherten erreicht das DMP KHK derzeit etwa 45% aller mutmaßlich an einer KHK leidenden Patienten in der Region Nordrhein. Die Patienten sind durchschnitt-

lich seit 27,3±15,2 Monaten in das DMP eingeschrieben. Parallel hierzu nehmen 4671 Ärzte aus 3443 Praxen an dem Programm teil.

Für die zwischen 2004 und 2008 insgesamt 39.649 kontinuierlich dokumentierten Patienten erfolgte innerhalb einer Varianzanalyse mit Messwiederholung eine multivariate Schätzung der Nachfolgewerte des systolischen Blutdruckes, gruppiert nach den über mehrere (≤4) Quartale gemittelten Ausgangswerten. Angeben sind hier Mittelwert- und Standardabweichung (Ausgangswert) bzw. der geschätzte Mittelwert und das 95%-Konfidenzintervall (95%-KI, Nachfolgewert). Der Einfluss des Alters, des Geschlechts, der Erkrankungsdauer und der antihypertensiven Medikation wurden in dem Modell kontrolliert. Separate, analog aufgebaute Analysen erfolgten für zwei Teilkollektive der KHK-Patienten: jene mit einem Herzinfarkt (n=15.931) oder einer Herzinsuffizienz (n=10.084), die ebenfalls zwischen dem 2. Halbjahr 2004 und dem 2. Halbjahr 2008 kontinuierlich am DMP teilnahmen. In einem logistischen Regressionsmodell wurden die Prädiktoren für einen systolischen Blutdruck <130 mmHg im Jahr 2008 bestimmt, angegeben ist die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen dieses Werts in der Vergleichs- gegenüber der Referenzgruppe [Odds-Ratio (OR) und 95%-KI].

Ergebnisse

Einen Blutdruck $<140/90$ mmHg weisen bei Einschreibung in das DMP 59,8% (58%) aller Patienten auf. Über einen Zeitraum von durchschnittlich 27 Monaten erhöht sich dieser Anteil auf 66% (64,9%, in Klammern KHK-Patienten mit arterieller Hypertonie). Die deutlichsten Absenkungen sind bei den Patienten mit den höchsten Ausgangswerten zu erkennen (Abb. 1).

Im Längsschnitt wurde hier der systolische Blutdruck von insgesamt 39.649 Patienten mit einer Einschreibung im 2. Halbjahr 2004 oder 1. Halbjahr 2005 und kontinuierlicher DMP-Teilnahme bis zum 2. Halbjahr 2008 analysiert. Unter der Kontrolle des Einflusses von Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer und antihypertensiver Medikation sinkt der systolische Blutdruck in der Gruppe mit den höchsten Ausgangswerten ($n=2075$) im Mittel von $167,6 \pm 10,3$ auf $138,2$ (95%-KI= $136,6-139,9$) mmHg, bei den Patienten mit den zweithöchsten Ausgangswerten ($n=10.629$) von $144,7 \pm 5,2$ auf $134,4$ ($133,8-135,0$) mmHg. Auch bei Patienten mit Ausgangswerten von durchschnittlich $132,7 \pm 2,8$ mmHg ($n=12.914$) ist unter Kontrolle der genannten Variablen noch ein leichtes Absinken auf $130,7$ ($130,2-131,1$) mmHg zu beobachten. Bei Patienten mit einem mittleren systolischen Ausgangswert von $119,6 \pm 6,9$ mmHg ($n=14.031$) erhöht sich der Blutdruck auf $125,0$ ($124,5-125,4$) mmHg.

In der Gruppe der KHK-Patienten mit einem Herzinfarkt sank der systolische Blutdruck zwischen 2004/2005 und 2008 von $131,8$ ($131,2-132,4$) auf $129,0$ ($128,5-129,6$) mmHg, bei KHK-Patienten mit einer Herzinsuffizienz verringert er sich im gleichen Zeitraum von $132,7$ ($132,1-133,3$) auf $129,2$ ($128,7-129,8$) mmHg (Abb. 2).

Als bedeutendster Prädiktor für das Erreichen eines systolischen Blutdruckes <130 mmHg erweist sich im multivariaten Regressionsmodell das Vorliegen einer chronischen Herzinsuffizienz (OR=1,19; 95%-KI=1,17–1,23), ein Herzinfarkt in der Vorgeschichte (OR=1,15; 95%-KI=1,12–1,17) oder eine erfolgte Koronarterintervention (OR=1,15; 95%-KI=1,13–1,18) (Tab. 1).

Präv Gesundheitsf 2010 · 5:307–312 DOI 10.1007/s11553-010-0258-x
© Springer-Verlag 2010

B. Hagen · L. Altenhofen · I. Schwang · R. Griebenow · T. Czihal · D. von Stillfried Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz. Versorgungsqualität in einem Disease-Management-Programm

Zusammenfassung

Hintergrund. Hinsichtlich der Sekundärprävention wird derzeit trotz gesteigerter antihypertensiver Medikation ein unverändert hoher Blutdruck bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit postuliert. Zeigt sich dies auch im Disease-Management-Programm (DMP) koronare Herzkrankheit (KHK) Nordrhein?

Material und Methoden. Im Jahr 2008 waren 186.599 Patienten mit gesicherter koronarer Herzkrankheit (KHK) in das DMP eingeschrieben (63,2% männlich, Alter $70,2 \pm 10,3$ Jahre, Erkrankungsdauer $8,2 \pm 6,7$ Jahre). Messwiederholungsvarianzanalyse der Blutdruckveränderung von 2004–2008 und logistische Regressionsanalyse (systolischer Blutdruck <130 mmHg 2008).

Ergebnisse. Im Gesamtkollektiv veränderte sich der systolische Blutdruck abhängig vom Ausgangswert um $-29,4$ bis $+5,4$ mmHg. Bei

Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz wurden 129 (95%-KI= $128,5-129,6$) bzw. $129,2$ (95%-KI= $128,7-129,8$) mmHg erreicht (Odds-Ratio für <130 mmHg $1,15$; 95%-KI= $1,12-1,17$ bzw. $1,19$; 95%-KI= $1,17-1,23$). Parallel nahm die kombinierte Verordnung von Betablockern und ACE-Hemmern zu, davon profitierten vorrangig jüngere männliche Patienten.

Schlussfolgerung. Die Blutdrucksenkung bei KHK-Patienten war insgesamt erfolgreicher als erwartet, in einzelnen Patientengruppen (Frauen, Diabetiker) kann sie jedoch weiter intensiviert werden.

Schlüsselwörter

„Disease management“ · Koronare Herzkrankheit · Herzinfarkt · Herzinsuffizienz · Blutdruck

Patients with myocardial infarction or heart failure. Quality of care in a disease management programme

Abstract

Background. With respect to secondary prevention it is postulated that despite increased antihypertensive medication the blood pressure of patients with CAD nowadays remains high. Is this also true for the DMP CAD in North Rhine?

Material and methods. By 2008 186,599 patients with confirmed CAD took part in the DMP (63.2% male, age 70.2 ± 10.3 , CAD duration 8.2 ± 6.7 years). Use of repeated measurements analysis of changes in blood pressure from 2004 until 2008 and logistic regression analysis (systolic blood pressure <130 mmHg 2008).

Results. Dependent on the initial value, systolic blood pressure in the total sample differed by -29.4 up to $+5.4$ mmHg. Patients with myocardial infarction or heart failure

ended up with 129 (95% CI: $128.5-129.6$) and 129.2 ($128.7-129.8$) mmHg, respectively [odds ratio for <130 mmHg 1.15 ($1.12-1.17$) and 1.19 ($1.17-1.23$)]. Combined prescription of beta blockers and ACE inhibitors increased; younger male patients profited from that to a larger degree.

Conclusion. In general blood pressure reduction in patients with CAD was more successful than expected, but in some patient groups (women, patients with diabetes) it can be further intensified.

Keywords

Disease management · Coronary artery disease · Myocardial infarction · Heart failure · Blood pressure

Tab. 1 Prädiktoren für das Erreichen eines systolischen Blutdruckes <130 mmHg (logistisches Regressionsmodell)

	Odds-Ratio ^a	95%-KI unten	95%-KI oben	p
Geschlecht (männlich)	1,04	1,02	1,07	<0,001
Alter (Jahre)				
56–65	0,76	0,73	0,79	<0,001
66–75	0,64	0,61	0,66	<0,001
≥76	0,62	0,60	0,65	<0,001
Erkrankungsdauer (Jahre)				
3–6	0,98	0,94	1,01	0,167
7–10	0,95	0,92	0,98	0,004
≥11	0,95	0,92	0,99	0,007
DMP-Teilnahmedauer (Jahre)				
1–2	1,04	1,01	1,07	0,016
3–4	1,07	1,04	1,11	<0,001
≥5	1,09	1,05	1,12	<0,001
Diabetes mellitus	0,78	0,77	0,80	<0,001
Arterielle Verschlusskrankheit	0,94	0,90	0,98	0,003
Chronische Herzinsuffizienz	1,19	1,17	1,23	<0,001
Herzinfarkt	1,15	1,12	1,17	<0,001
Akutes Koronarsyndrom	0,97	0,94	1,00	0,070
Schlaganfall	1,03	0,97	1,09	0,312
Koronarintervention	1,15	1,13	1,18	<0,001
Antihypertensiva	0,96	0,93	1,00	0,026
Thrombozytenaggregationshemmer	1,13	1,10	1,17	<0,001
Statine	1,13	1,10	1,16	<0,001

^aWahrscheinlichkeit einen systolischen Blutdruck <130 mmHg aufzuweisen in der Vergleichs- gegenüber der Referenzgruppe (1 = kein Unterschied zur Referenzgruppe, <1 = geringere, >1 = höhere Wahrscheinlichkeit). Referenzgruppen: Geschlecht = weiblich, Alter ≤55 Jahre, Erkrankungsdauer ≤2 Jahre, DMP-Teilnahmedauer <1 Jahr, Diagnosen, Intervention, Medikation: jeweils das Nicht-Vorliegen bzw. keine Intervention/Verordnung.

Ein positiver, wenn auch etwas schwächer ausgeprägter Zusammenhang besteht ebenfalls zwischen dem Erreichen dieses Blutdruckwerts und der DMP-Teilnahmedauer. Darüber hinaus erreichen Männer eher als Frauen einen solchen Blutdruck. Demgegenüber sinkt die Wahrscheinlichkeit, einen Blutdruck <130 mmHg systolisch zu erreichen, v. a. in den beiden höchsten Altersgruppen stark (OR=0,64; 95%-KI=0,61–0,66 bzw. OR=0,62; 95%-KI=0,60–0,65). Ein ähnlicher Befund ist festzustellen bei längerer Erkrankungsdauer oder bei KHK-Patienten, die zusätzlich an einem Diabetes mellitus erkrankt sind.

Parallel zu diesen Befunden findet sich im Gesamtkollektiv der KHK-Patienten aktuell eine durchweg hohe Verordnungshäufigkeit antihypertensiver Medikamente. So erhalten 89,5% aller Patienten derzeit eine antihypertensive Medikation (Patienten mit Herzinfarkt: 93,1%, mit Herzinsuffizienz: 91,8%). Betablocker er-

halten 77,3% aller Patienten (mit Herzinfarkt: 83,7%, mit Herzinsuffizienz: 78,8%), ACE-Hemmer 66,7% (mit Herzinfarkt: 72,6%, mit Herzinsuffizienz: 74,5%). Eine Kombination aus Betablockern und ACE-Hemmern wird aktuell 53,9% aller Patienten verordnet (mit Herzinfarkt: 62,6%, mit Herzinsuffizienz: 60,9%). Bei Patienten mit einem Herzinfarkt oder einer Herzinsuffizienz und einer kontinuierlichen Dokumentation der Betablocker- und ACE-Hemmer-Verordnung lässt sich zwischen 2004 und 2008 ein beträchtlicher Zuwachs der kombinierten Verordnung erkennen (■ **Abb. 3**).

Bei Patienten mit Herzinfarkt erhöht sich die antihypertensive Kombinationsverordnung um 6,5%, bei Patienten mit Herzinsuffizienz um 7,6%. Gleichzeitig erhalten die KHK-Patienten aktuell auch in hohem Ausmaß Thrombozytenaggregationshemmer (82,0%) und Statine (71,0%, Patienten mit Herzinfarkt: 80,1%).

Eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Analyse der kombinierten Betablocker- und ACE-Hemmer-Verordnung bei Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz offenbart allerdings beträchtliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen und zwischen jüngeren und älteren KHK-Patienten (■ **Abb. 4**).

Männer erhalten durchweg häufiger als Frauen eine derartige Verordnung, und jüngere Patienten häufiger als die älteren. Zum Beispiel erhalten 73,5% der Männer im Alter ≤55 Jahren mit einer Herzinsuffizienz diese Kombinationsverordnung, aber lediglich 60,9% der gleich alten Frauen mit einer Herzinsuffizienz. In der höchsten Altersgruppe der 76-jährigen und älteren Männer mit Herzinsuffizienz sinkt dieser Wert auf 60,3%, bei gleich alten Frauen auf 54%. Fast genauso stellt sich die Befundlage bei den Patienten mit Herzinfarkt dar, wobei in der höchsten Altersgruppe aber ähnliche Verordnungshäufigkeiten bei Männern und Frauen zu beobachten sind.

Ähnliche Diskrepanzen finden sich in den Daten aller Patienten mit der Abrechnungsdiagnose Herzinsuffizienz in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2007 aus der Region Rheinland-Pfalz (n=89.871; 64,8% Frauen; mittleres Alter 76,7±9,8 Jahre, Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung). Auch hier waren bei Männern im Alter ≤75 Jahren gegenüber gleich alten Frauen die Verordnungshäufigkeiten für Betablocker, ACE-Hemmer und deren Kombination jeweils deutlich höher (6,1%, 7,5% bzw. 8,9%).

Diskussion

Bei Einschreibung in das DMP weisen 6 von 10, nach durchschnittlich zweieinviertel Jahren DMP-Teilnahme zwei Drittel aller KHK-Patienten einen Blutdruck <140/90 mmHg auf. Damit liegt in dem DMP eine wesentlich günstigere Blutdrucksituation vor, als innerhalb der EuroAspire-Patientenkollektive, wo nahezu das umgekehrte Verhältnis konstatiert wird [8].

Eine substanzielle, ebenso statistisch bedeutsame wie klinisch relevante Absenkung des Blutdruckes erfolgt im DMP über einen Zeitraum von 4 Jahren v. a. bei Pa-

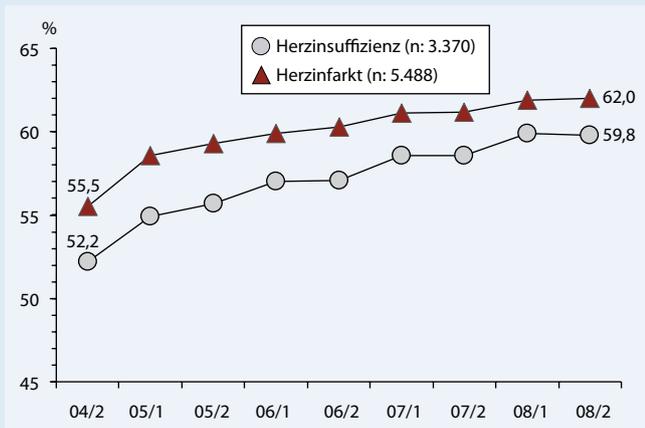


Abb. 3 ▲ Kombinierte Verordnung von Betablockern und ACE-Hemmern im Zeitverlauf bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder Herzinfarkt. Patienten mit kontinuierlicher Dokumentation der Verordnungen von 2004–2008

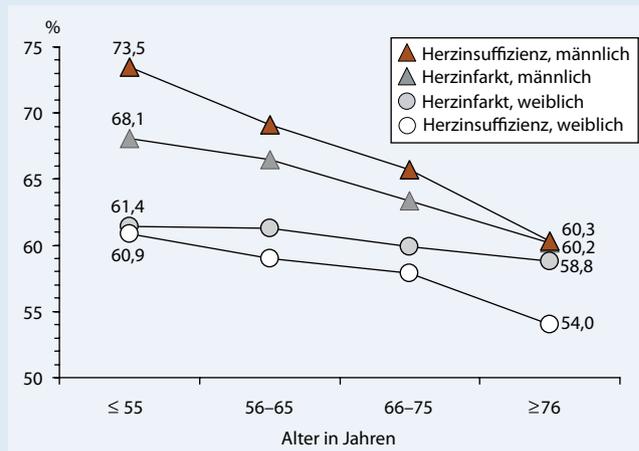


Abb. 4 ▲ Kombinierte Verordnung von Betablockern und ACE-Hemmern bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder Herzinfarkt nach Alter und Geschlecht (aktuelle Verordnungshäufigkeiten 2008)

tienten mit sehr hohen Ausgangswerten. Aber auch bei einem günstigen, niedrigen Ausgangswert lässt sich kein Anstieg erkennen, der zu einem Wert jenseits des in den klinischen Leitlinien für Patienten mit einer KHK empfohlenen führt. In den beiden hier gesondert betrachteten Hochrisikokollektiven von KHK-Patienten mit einem Herzinfarkt in der Vorgeschichte oder mit chronischer Herzinsuffizienz finden sich zusätzlich neben bereits relativ niedrigen systolischen Ausgangswerten bei Eintritt in das DMP nach 4 Jahren stabil auf einen Wert <130 mmHg systolisch abgesenkte Werte.

Analog zu diesen Ergebnissen erweist sich das Vorliegen der beiden zuletzt genannten Begleiterkrankungen, gemeinsam mit einer erfolgten PTCA oder Bypassoperation als zuverlässigster Indikator für das Absenken des systolischen Blutdruckes <130 mmHg. Gleichzeitig ist jedoch zur Kenntnis zu nehmen, dass die Wahrscheinlichkeit für eine solche Absenkung desto geringer wird, je älter und je länger erkrankt die KHK-Patienten sind. Zudem wird dieser Zielwert auffällig häufiger von KHK-Patienten mit einem Diabetes mellitus als Begleiterkrankung verfehlt, was vor dem Hintergrund als kritisch zu bewerten ist, da es sich hierbei auch um eine besondere Risikogruppe handelt.

Parallel zur erfolgreichen Blutdrucksenkung zeigt sich in der Gesamtgruppe aller KHK-Patienten ebenso wie in den Risikokollektiven ein sehr hohes Niveau der medikamentösen Versorgung. Dies trifft nicht nur auf die antihyperten-

sive Medikation zu, sondern auch auf die Versorgung mit Thrombozytenaggregationshemmern und lipidsenkenden Medikamenten. Diese Befunde decken sich mit den neueren Daten aus der Literatur [7]. Zusätzlich zeigen die DMP-Daten eine ausgeprägte Verstärkung der sekundärpräventiven Bemühungen über einen Zeitraum von bis zu 4 Jahren, hier demonstriert am Beispiel der antihypertensiven Kombinationsverordnung von Betablockern und ACE-Hemmern.

Die Ergebnisse zeigen allerdings auch klar die Grenzen eines simplen „Je mehr, desto besser“-Modells: gerade bei den hochbetagten KHK-Patienten, die auch in höherem Ausmaß von Komorbidität betroffen sind [6], liegen in dem betrachteten Bereich deutlich geringere Verordnungshäufigkeiten vor. Dies erscheint vor dem Hintergrund einer mit dem Alter zunehmenden Häufigkeit möglicher Kontraindikationen und anderer Komplikationen naheliegend. Eher zu hinterfragen sind dagegen die Gründe für die höheren Verordnungshäufigkeiten bei den jüngeren männlichen im Vergleich zu den jüngeren weiblichen KHK-Patienten. Plausibel erscheint dies lediglich für die Teilgruppe der Herzinfarktpatienten, da hiervon Männer deutlich öfter betroffen sind als Frauen. Umgekehrt weisen aber Frauen unter den KHK-Patienten häufiger als Männer eine Herzinsuffizienz auf, und erhalten gleichzeitig seltener als Männer eine entsprechende antihypertensive Medikation. An dieser Stelle ist ver-

mutlich von einem Defizit in der Sekundärprophylaxe auszugehen.

Offen bleiben muss bislang eine Abschätzung, inwieweit sich die hier gezeigten Effekte auf die, auch innerhalb des DMP ausdrücklich gewünschte Verringerung der Morbidität und Mortalität der Patienten auswirken. Für derartige Analysen und daraus abgeleitete belastbare Aussagen erscheint die Laufzeit des Programms noch zu kurz. Erste Ansätze eines Vergleichs von im DMP verbleibenden vs. vorzeitig ausscheidenden Teilnehmern haben jedoch gezeigt, dass die Ausgeschiedenen älter, länger erkrankt und auch deutlich morbider sind, d. h. bei ihnen treten bedeutend häufiger neue Begleiterkrankungen auf als bei den Verbliebenen.

Tendenziell wiesen darüber hinaus die ausgeschiedenen auch eine schlechtere Blutdruckeinstellung als die verbliebenen DMP-Teilnehmer auf [6]. Unterdessen wird in einer neueren Metaanalyse der „Cochrane Collaboration“ darauf hingewiesen, dass eine Absenkung des Blutdruckes auf einen Wert von <140/90 mmHg mit keinen zusätzlichen Vorteilen hinsichtlich Mortalität und Morbidität der Patienten verbunden ist, wobei die Autoren bislang nicht klären konnten, ob dies auch für Risikogruppen wie Patienten mit Diabetes mellitus zutrifft [2]. Ebenso ließ sich für Typ-2-Diabetiker in der ACCORD-Studie über eine mittlere Nachbeobachtungszeit von knapp 5 Jahren kein Vorteil einer Absenkung des systolischen Blutdruckes auf einen Wert <120 mmHg

gegenüber einer Absenkung auf einen Wert <140 mmHg in Bezug auf die Vermeidung tödlicher und nicht-tödlicher Herzinfarkte und Schlaganfälle nachweisen [4].

Zusammengefasst besteht Anlass zu einem kritischen Optimismus: die Sekundärprävention der KHK stellt sich offensichtlich heutzutage positiver dar, als vor dem Hintergrund der bisherigen Studienlage vermutet wird. Diese Aussage trifft allerdings nicht undifferenziert auf die gesamte KHK-Patientenpopulation zu: insbesondere jüngere Männer profitieren in höherem Ausmaß als gleich alte Frauen von der verbesserten Sekundärprävention, und spezifische KHK-Risikokollektive wie solche mit einem Diabetes mellitus verdienen sicherlich eine höhere Aufmerksamkeit.

Fazit für die Praxis

Aktuelle Veröffentlichungen zeichnen ein eher negatives Bild der KHK-Sekundärprävention. So sei es trotz verstärkter antihypertensiver Therapie in dem Kollektiv der KHK-Patienten nach wie vor zu keiner substanziellen Blutdrucksenkung gekommen. Trifft dies auch auf die Patienten in dem DMP KHK in der Region Nordrhein zu?

Längsschnittanalysen der Veränderung des systolischen Blutdruckes von DMP-Teilnehmern zwischen 2004 und 2008 zeigen: 1. insbesondere bei hohen Ausgangswerten werden deutliche Absenkungen in einer Größenordnung bis zu 29 mmHg erreicht; 2. in spezifischen Risikogruppen (KHK-Patienten mit Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz) wird ein systolischer Blutdruck <130 mmHg erreicht; 3. gleichzeitig wird sowohl die antihypertensive Verordnung wie auch die von Thrombozytenaggregationshemmern und Statinen deutlich gesteigert und 4. in Teilgruppen (jüngere weibliche Patienten, Diabetiker) bestehen allerdings auch im DMP Defizite bei der Blutdrucksenkung.

Korrespondenzadresse

Dr. B. Hagen



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, DMP Projektbüro Köln, Sedanstraße 10–16, 50668 Köln
bhagen@kbv.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. AOK Rheinland, Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW, VdAK/AEV LV Nordrhein-Westfalen, Knappschaft, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein u. a. (Hrsg) (2008) Vertrag gemäß § 73a SGB V über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK). Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf
2. Arguedas JA, Perez MI, Wright JM (2009) Treatment blood pressure targets for hypertension. Cochrane Database Syst Rev 3, CD004349.pub2
3. Baer FM, Rosenkranz S (2009) Koronare Herzkrankheit und akutes Koronarsyndrom, Kap. 2. In: Erdmann E (Hrsg) Klinische Kardiologie. Krankheiten des Herzens, des Kreislaufs und der herznahen Gefäße, 7. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 13–71
4. Cushman WC, Evans GW, Byington RP et al (2010) Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 362(17):1575–1585
5. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K et al (2003) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 10(Suppl 1):1–78
6. Hagen B, Altenhofen L, Blaschy S et al (Hrsg) (2009) Qualitätssicherungsbericht 2008 Disease-Management-Programme in Nordrhein. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung, Düsseldorf
7. Kotseva K, Wood D, De Backer G et al (2009) Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: A comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet 373(9667):929–940
8. Wood DA, Survey Expert Committee and all investigators participating in the Euro Heart Survey on Preventive Cardiology (2007) The EUROASPIRE surveys. Time trends in lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients 1995–2007. Lessons learned from the Euro Heart Survey Programme. Präsentation, Kongress der European Society of Cardiology, 1.–5. September 2007, Wien

Deutsche Herzstiftung startet Informationskampagne

Die Deutsche Herzstiftung veranstaltet im November eine bundesweite Informationskampagne zu Herzrhythmusstörungen, um über neue Diagnoseverfahren und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Ziel der Aufklärungsaktion ist es, Ängste abzubauen und den Patienten Hilfe im Umgang mit ihrem Leiden zu geben. Die Herzwochen zum Thema „Aus dem Takt: Herzrhythmusstörungen“ richten sich gleichermaßen an Patienten und Ärzte.

Nach Angaben der Deutschen Herzstiftung sind viele Menschen von Herzrhythmusstörungen betroffen. Häufig besteht Unsicherheit darüber, ob diese harmlos oder gefährlich sind und wie sie behandelt werden können. Die Grenze zwischen einer normalen und krankhaften Herzrhythmusstörung ist fließend. Sehr wichtig ist deshalb die frühzeitige Erkennung und exakte Einordnung der Herzrhythmusstörung durch einen Internisten oder Kardiologen, um Komplikationen zu vermeiden. Meist sind Herzrhythmusstörungen keine eigene Erkrankung sondern die Folge von Herzkrankheiten wie koronare Herzkrankheit oder Klappenfehler. Zahlreiche Aktionspartner wie Krankenhäuser, niedergelassene Kardiologen, Krankenkassen, Apotheken, Gesundheitsämter, Volkshochschulen und Betriebe unterstützen die Kampagne. Insgesamt sind rund 1000 Veranstaltungen wie Vorträge, Seminare, Telefonaktionen und Gesundheitstage im gesamten Bundesgebiet geplant.

Quelle: www.aerzteblatt.de