



Versorgungs-Report „Leitlinien – Evidenz für die Praxis“

Inwieweit werden Leitlinien in der Versorgungsrealität umgesetzt? Ergebnisse aus drei Routinedaten-Studien

Pressekonferenz am 21. Juni 2023

Akuttherapie und Sekundärprävention bei ST-Hebungs-Herzinfarkt



Der akute Herzinfarkt hat eine hohe Krankheitslast und Sterblichkeit

- jährlich ca. 200.000 stationäre Behandlungsfälle, davon ein Drittel ST-Hebungs-Infarkte (STEMI)
- 70 Prozent der STEMI-Fälle männlich
- Alter der STEMI-Fälle im Durchschnitt: 62 Jahre bei Männern vs. 74 Jahre bei Frauen
- Krankenhaussterblichkeit der STEMI-Fälle: 10 Prozent bei Männern vs. 15 Prozent bei Frauen



Sofortige Koronarintervention und dauerhafte Pharmakotherapie empfohlen

- therapeutischer Herzkatheter (PCI) zur Wiedereröffnung von Gefäßverschlüssen (<90 min)
- Verordnung von Statinen, Betablockern, ACE-Hemmern/Angiotensin-II-Rezeptorblockern und antithrombotische Medikation zur Vermeidung von Gefäßverschlüssen
- Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) 2018



Studie zur geschlechtsspezifischen Versorgung kardiovaskulärer Erkrankungen

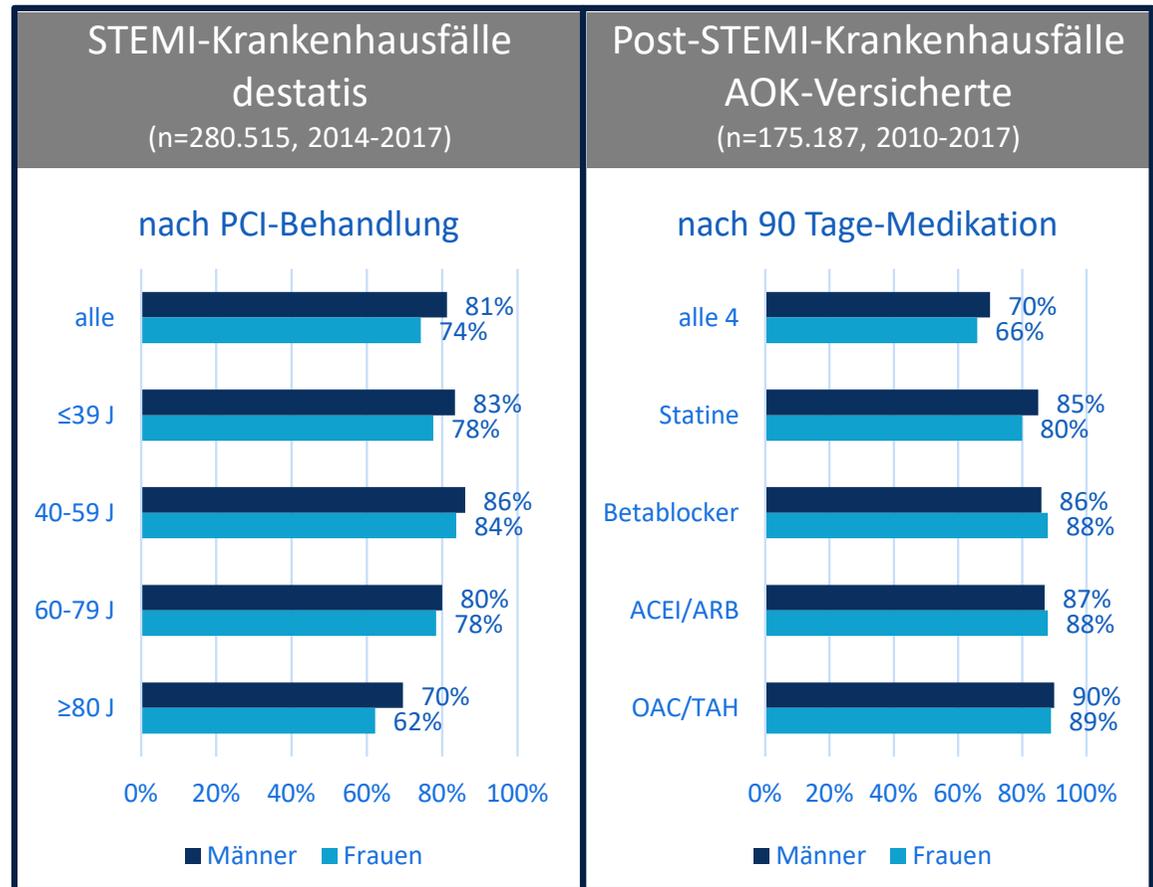
- untersucht Umsetzung von Leitlinienempfehlungen und Behandlungsergebnisse
- durchgeführt von Universitätsklinikum Münster, Universität Münster, WIdO
- gefördert durch Gemeinsamen Bundesausschuss (Förderkennzeichen 01VSF18051)

Quelle: Freisinger. Geschlechtsspezifische reale Versorgungssituation... In: Günster et al. (Hrsg.). Versorgungs-Report „Leitlinien – Evidenz für die Praxis“

STEMI: ST-Elevation Myocardial Infarction, PCI: Percutaneous Coronary Intervention

Akuttherapie und Sekundärprävention bei ST-Hebungs-Herzinfarkt

- 81 Prozent der Männer mit STEMI erhalten eine PCI, bei Frauen sind es nur 74 Prozent
- PCI-Rate bei Männern in allen Altersgruppen höher, besonders bei Hochbetagten ab 80 Jahren
- Medikationsraten nach Krankenhausentlassung hoch
- Kombinationstherapie aller vier Wirkstoffe bei Männern mit 70 Prozent häufiger als bei Frauen (66 Prozent)
- bei Kombinationstherapie Gesamtsterblichkeit bei Männern und Frauen halbiert (ohne Abb.)



Quelle: Freisinger. Geschlechtsspezifische reale Versorgungssituation... In: Günster et al. (Hrsg.). Versorgungs-Report „Leitlinien – Evidenz für die Praxis“

STEMI: ST-Elevation Myocardial Infarction, PCI: Percutaneous Coronary Intervention

Levodopa-Pharmakotherapie bei Restless-Legs-Syndrom (RLS)



Das Syndrom der „unruhigen Beine“ ist eine neurologische Erkrankung

- starker unkontrollierter Bewegungsdrang und Missempfindungen in den Beinen
- erhebliche Beeinträchtigung der Schlaf- und Lebensqualität
- ca. 4,7 Prozent der Frauen und 2,8 Prozent der Männer betroffen



Medikamentöse Therapieoption mit Levodopa

- kurzfristige Linderung der Symptomatik (S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie 2012)
- ABER: Risiko einer medikamenteninduzierten Schweregradverschlechterung (Augmentation)
- Augmentation mit anhaltender zeitlicher oder lokaler Ausweitung der RLS-Symptome
- ca. 27 Prozent (95%-Vertrauensbereich 12-50%) der mit Levodopa Behandelten entwickeln Augmentation



Keine Dauertherapie:

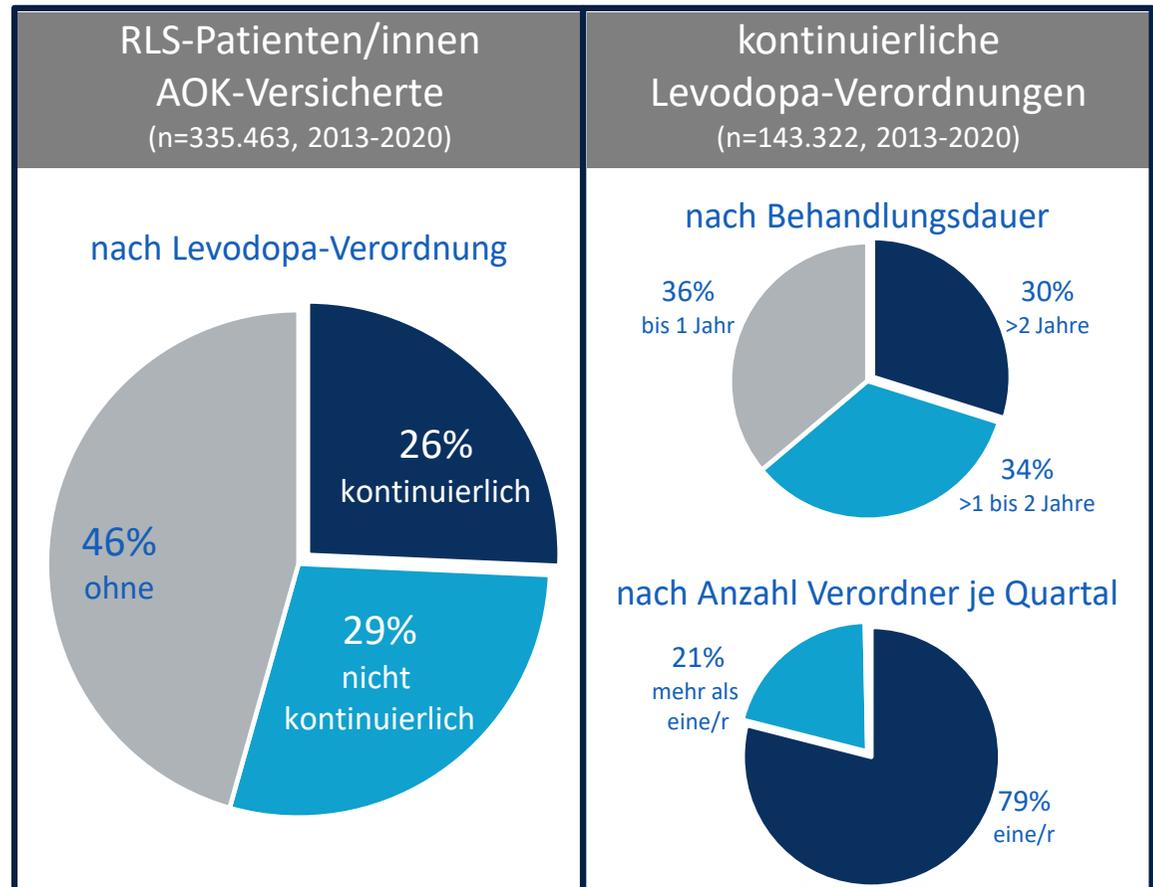
„Levodopa soll nicht zur kontinuierlichen Behandlung, sondern nur intermittierend und zu diagnostischen Zwecken mit einer maximalen Dosis von 100 mg eingesetzt werden.“

- S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft Neurologie und Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung 2022

Quelle: Drohan et al., L-Dopa-Pharmakotherapie bei der Behandlung des Restless Legs Syndroms. In: Günster et al. (Hrsg.). Versorgungs-Report „Leitlinien – Evidenz für die Praxis“

Levodopa-Pharmakotherapie bei Restless-Legs-Syndrom (RLS)

- jeder vierte erkrankte RLS-Patient/in erhält eine riskante, kontinuierliche Verordnung von Levodopa
- fast jede dritte kontinuierliche Levodopa-Verordnung dauert länger als 2 Jahre
- bei jeder fünften kontinuierlichen Levodopa-Verordnung sind mehrere Ärzte/innen beteiligt
- je länger und je mehr Verordnende, desto höher die Levodopa-Dosis
- jede zweite kontinuierliche Levodopa-Verordnung erfolgt durch eine/n Allgemeinärztin/-arzt, jede fünfte durch eine/n Neurologe/in (ohne Abb.)



Quelle: Drogan et al., L-Dopa-Pharmakotherapie bei der Behandlung des Restless Legs Syndroms. In: Günster et al. (Hrsg.). Versorgungs-Report „Leitlinien – Evidenz für die Praxis“

Kontroll-Koronarangiographien nach unkomplizierter PCI



Koronarangiographie und PCI in Deutschland häufige Maßnahmen

- im Jahr 2019 über 800.000 Koronarangiographien und rund 300.000 PCIs
- Deutschland Spitzenreiter bei PCIs im OECD-Vergleich; keine Daten für Koronarangiographie



Koronarangiographien zur Diagnostik von Engstellen der Herzkranzgefäße

- ABER: keine Evidenz für Nutzen von routinemäßigen, geplanten Koronarangiographien
- Koronarangiographien haben Restrisiko für periinterventionelle Komplikationen
- führen als Kontrolle nach PCI zu gehäuften Re-PCIs ohne Nutznachweis



keine Kontroll-Koronarangiographien:

„Nach unkomplizierter perkutaner Koronarintervention (PCI) soll KEINE routinemäßige ‚Kontrollkoronarangiographie‘ durchgeführt werden.“

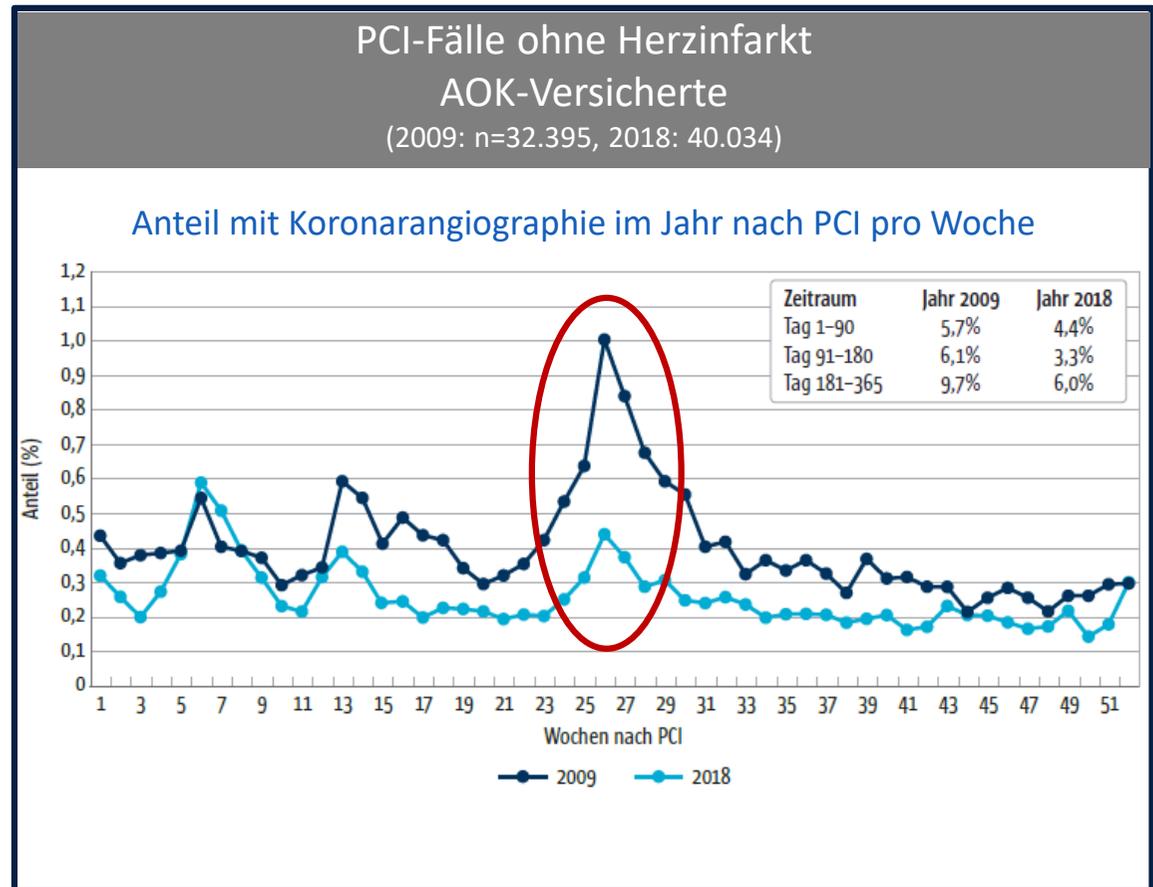
- Baldus et al. 2016. Klug entscheiden in der Kardiologie.

Quelle: Jeschke et al. Leitlinienkonformität bei der Durchführung von Kontroll-Koronarangiographien. In: Günster et al. (Hrsg.). Versorgungs-Report „Leitlinien – Evidenz für die Praxis“

PCI: Percutaneous Coronary Intervention

Kontroll-Koronarangiographien nach unkomplizierter PCI

- Koronarangiographien innerhalb eines Jahres (91-365 Tage) nach einer PCI bei Patientinnen und Patienten ohne Herzinfarkt sind zwischen 2009 und 2018 stark zurückgegangen (15,8% vs. 9,3%)
- Koronarangiographien im Zeitraum 91-180 Tage nach PCI haben sich annähernd halbiert (2009: 6,1%, 2018: 3,3%)
- Koronarangiographien im Zeitraum 181-365 Tage nach PCI reduzierten sich um mehr als ein Drittel (2009: 9,7%, 2018: 6,0%)
- besonders ausgeprägter Rückgang ca. 180 Tage nach PCI



Quelle: Jeschke et al. Leitlinienkonformität bei der Durchführung von Kontroll-Koronarangiographien. In: Günster et al. (Hrsg.). Versorgungs-Report „Leitlinien – Evidenz für die Praxis“

PCI: Percutaneous Coronary Intervention



Vielen Dank!

Christian Günster

christian.guenster@wido.bv.aok.de

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
