



Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der vertragsärztlichen Versorgung

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Prof. Dr. med. Christoph Heintze, MPH



Deklaration von Interessen

Primäre Interessen (z.B. Arbeitsfeld) :

- Hochschullehrer für Allgemeinmedizin
- Tätigkeit in der Hausarztpraxis

Sekundäre Interessenskonflikte (z.B. Mitgliedschaften) :

- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)
- Gesellschaft der Hochschullehrer Allgemeinmedizin (GHA)
- Mein Essen zahl ich selbst (MEZIS)

Sekundäre Interessenskonflikte (z.B. Zuwendungen) :

- Tagespauschalen für DEGAM-Nachwuchs-Akademie
- Gerichtsgutachten

- *keine vertraglichen Verpflichtung zur Erbringung von Erlösen/Prozeduren/Fallzahlen oder Sonderausschüttungen*

Versorgungssituation in Deutschland

- Ein großer **Anteil der Versorgung erfolgt in hausärztlichen Praxen**, nur bei akuter Verschlechterung oft stationäre Behandlung
- Sehr kostenintensive Erkrankung, da häufige Hospitalisierungen, Pflegebedürftigkeit. Auf den ICD I50 entfielen in 2008 ca. 3,2 Milliarden € Krankheitskosten (direkt + indirekt/verlorene Erwerbstätigkeitsjahre) Kreislaufkrankungen
insgesamt 37 Mrd. €, alle Diagnosen 250 Mrd.€, neuere Daten gibt es derzeit noch nicht

Krankheitskostenrechnung Deutschland Krankheitskosten (Mill. EUR)					
Krankheitsdiagnosen (ICD-10)		2002	2004	2006	2008
ICD10-I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	33 587	33 454	35 410	36 973
ICD10-I10-I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	8 068	8 137	8 748	9 059
ICD10-I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	6 482	6 146	6 366	6 202
ICD10-I21	Akuter Myokardinfarkt	1 049	1 368	1 766	1 840
ICD10-I22	Rezidivierender Myokardinfarkt	17	15	13	13
ICD10-I50	Herzinsuffizienz	2 375	2 428	2 888	3 228

Quellen:
ADT-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Daten aus Bereich KV Nordrhein) 2005
Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gbe-bund.de, Krankheitskostenstatistik
Statistisches Bundesamt, 2016

Chronische Erkrankung und soziale Ungleichheit

Hausärztlich koordinierte Konsultation von Spezialisten ist in **ländlichen** und soziodemografisch **unterprivilegierten** Regionen häufiger anzutreffen.

Höheres Lebensalter und **chronische Erkrankungen** sind mit besser koordinierter Versorgung assoziiert.

Quelle: *Mehring et al. BMJ Open* 2017;7:e016218. doi:10.1136/bmjopen-2017-016218

Prozeduren, die in der Hausarztpraxis durchgeführt werden

- Signifikante Unterschiede zeigten sich bei 25 der 42 häufigsten Prozeduren hinsichtlich ländlich und städtisch praktizierender Ärzte
- Landärzte haben ein deutlich breiteres Spektrum an Tätigkeiten, insbesondere im Bereich kleine Chirurgie, Notfallmanagement und Pädiatrie

Quelle: Steinhäuser et al DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-100620>

Regionalisierung: Bootom Up?

- Brustschmerzen (und äquivalent Symptome) lassen Ärzte an KHK als Ursache denken
- Abklärung ist mit Unsicherheit behaftet
- Leitlinien vorhanden (NVL-KHK, S3-Leitlinie Brustschmerz)
- Aber diese werden der Versorgungsrealität nicht immer gerecht
 - individueller Patienten
 - regionalen Strukturen / Gesundheitssystem
- In Deutschland ausgeprägte regionale Variation in der Häufigkeit von Herzkatheteruntersuchungen – Gründe letztlich unklar
- Annahme: Bessere Umsetzung der Leitlinie reduziert (unerwünschte) Variation



Philipps



Universität
Marburg



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.
German Cardiac Society

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**



Universitätsklinikum Würzburg



OSTBAYERISCHE
TECHNISCHE HOCHSCHULE
REGENSBURG

ANGEWANDTE SOZIAL- UND
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN



HAMBURG

BARMER

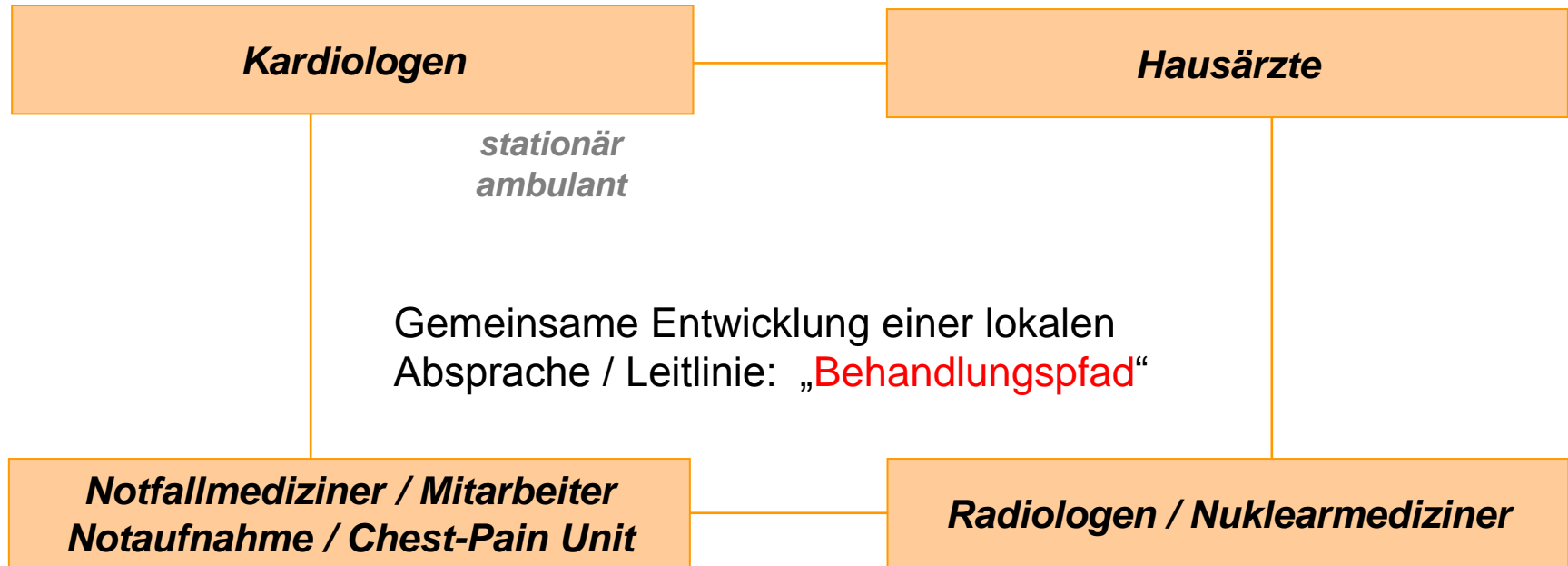


WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT
DER TK FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ
IM GESUNDHEITSWESEN

Zielgruppe:

- Ärzte/Ärztinnen
 - Hausärzte
 - Kardiologen (ambulant)
 - Radiologen / Nuklearmediziner (ambulant)
 - Krankenhäuser (ZNA, Kardiologie, Chest-Pain-Unit; Radiologie/Nuklearmedizin)
- Patienten/Patientinnen:
 - Mit Brustschmerz / Brustenge, Atemnot oder ähnlichen Beschwerden, bei denen Sie zumindest entfernt eine KHK als Ursache erwägen
 - Patienten mit V. a. eine chronisch stabile KHK sind hier von besonderem Interesse
 - Auch Patienten mit bekannter KHK (V.a. Progress)

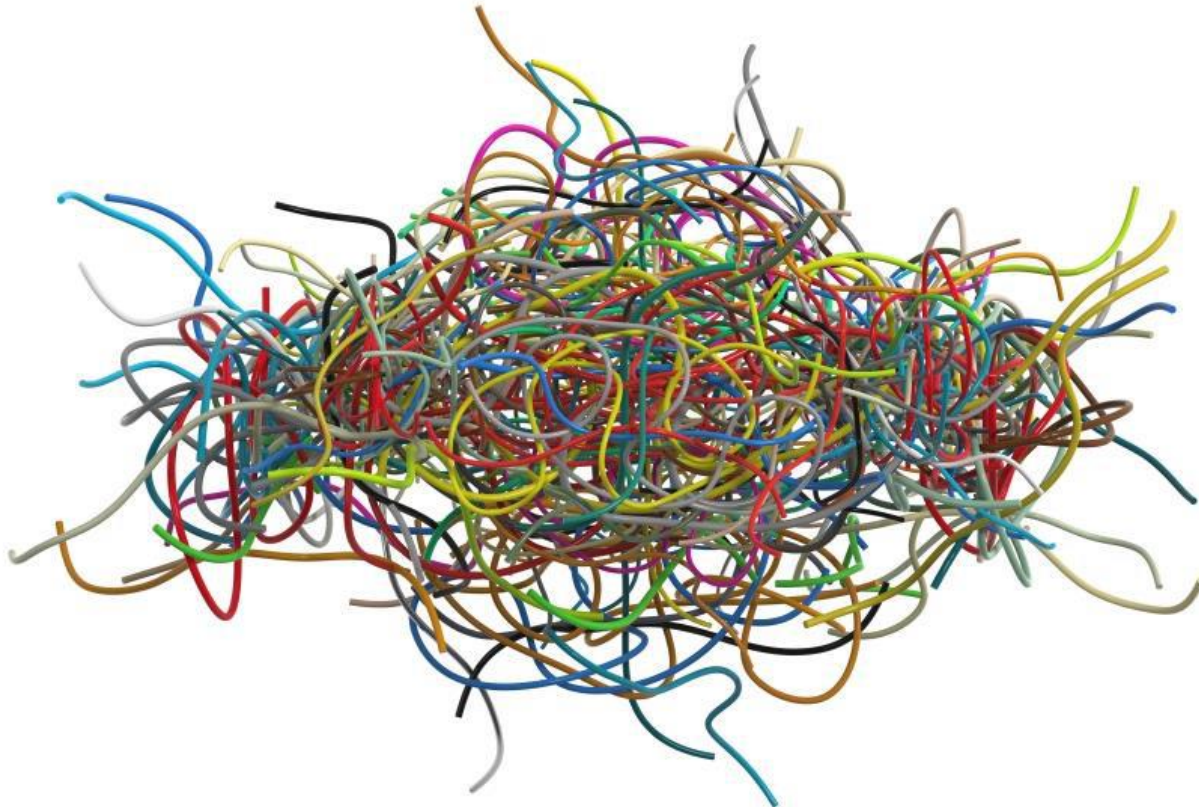
Spätere Studienphase: Entwicklung Behandlungspfad



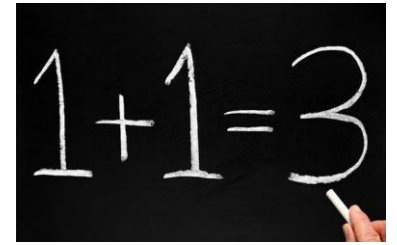
- Entwicklung in „**kooperativer Versorgungsstruktur**“
- Selbst entwickelt, nicht von **außen aufgezwungen**

Regionalisierung Top-Down?

Case Management DMP Herzinsuffizienz: Rolle „Call-Center/ European Cardiac Nurse/ **VERAH/ NÄPa/ HiCMan**“?



Ausblick für die Versorgung



- Regionalisierte Versorgungsmodelle sollten die hausärztliche Perspektive **integrieren**
- Regionalisierte Versorgungsmodelle sollten (evidenzbasierte) **Vorteile** der Patientenversorgung erbringen
- Regionalisierung braucht **Grenzen** und muss vor partikularen Interessen geschützt werden



Dank für die Aufmerksamkeit



Patienten-Koordination und Kosten

Eine koordinierte Versorgung ist mit geringeren Kosten in der ambulanten Gesundheitsversorgung assoziiert.

Die Bedeutung für vulnerable Gruppen (Ältere und Pat. mit psychischen Problemen) wird hervorgehoben.

Quelle: Schneider A, et al. BMJ Open 2016;6:e011621. doi:10.1136/bmjopen-2016-011621

Ziel:

- Beschreibung der aktuellen Versorgungslandschaft (Studienphasen I-II)
- Entwicklung einer eigenen, lokalen Absprache mit allen regional relevanten Akteuren (lokale Leitlinie / Behandlungspfad-Phase III)
- Ziele:
 - Unsicherheit reduzieren
 - Gemeinsamen lokalen Standard vereinbaren
 - Eine eigene regionale Lösung erarbeiten
 - Austausch und Zusammenarbeit vor Ort verbessern
 - Zugang zu nicht invasiver Diagnostik diskutieren/ ggf. verbessern
 - Patientenzufriedenheit und -einbeziehung verbessern

Die KARDIO-Studie: Übersicht

Kontroll-Phase	Kontaktaufnahme und Schulung von teilnehmenden Ärzten	Vor-bereitung	
	Einschluss von Patienten durch Hausärzte, Kardiologen ambulant und stationär (n=200)	6 Wochen	T0
	Telefonisches Follow-up (3-Monate)	3 Monate	T1
Pfad-entwicklung	1 Schulung, 3 Treffen	6 Wochen	
Interventions-phase	Kontaktaufnahme und Schulung von teilnehmenden Ärzten (Entwickler / Anwender)	Vor-bereitung	
	Einschluss von Patienten durch Hausärzte, Kardiologen ambulant und stationär (n=200)	6 Wochen	T0
	Telefonisches Follow-up (3-Monate)	3 Monate	T1