Kooperation zwischen der BARMER GEK und Roche Pharma:

Neue Studien-Daten zur kardiovaskulären Versorgung

Einen Status quo der Versorgungssituation und der Kosten von Patienten mit Fettstoffwechselstörungen in der Sekundärprävention kardiovaskulärer Ereignisse liefert eine aktuelle Studie des IGES-Instituts und der BARMER GEK, die in Kooperation mit der Roche Pharma AG erstellt wurde.

>> Die aktuelle Studie des IGES Instituts (eingeschlossen waren fast genau 100.000 Barmer-Versicherte, die zwischen Anfang 2004 und Ende 2008 versichert waren und wenigstens einen Krankenhausaufenthalt wegen KHK hatten) zur Versorgung von Patienten mit stabiler und instabiler Angina pectoris und akutem Myokardinfarkt zeigt interessante Ergebnisse. So sind nach Ausführungen von Prof. Dr. Bertram Häussler (Vorsitzender des IGES Instituts) Patienten, die sich mit ihrer koronaren Herzkrankheit (KHK) oder einem „akuten koronaren Syndrom" (AKS) einer Krankenhausbehandlung unterziehen mussten, im Durchschnitt 70 Jahre alt. In dieser Altersschicht sind 6 % betroffen, in der von über 60 Jahren „nur" rund 4 %. Dabei sind laut Häussler die Folgen für diese Patienten erheblich (siehe Infokasten Ergebnisse).

Ergebnisse

- innerhalb des ersten Jahres versterben immerhin vier Prozent.
- 16 Prozent haben eine Folgeeinweisung ins Krankenhaus.
- im Durchschnitt sind die Patienten zudem 36 mal im Jahr bei einem niedergelassenen Arzt.
- und einmal im Jahr im Krankenhaus.
- bei einem Drittel wird ein Stent in die Koronarien implantiert .
- und zwischen drei und vier Prozent unterziehen sich einer Bypass-Operation.
- 84,3 Prozent unterziehen sich einer lipidsenkenden medikamentösen Therapie und folgen damit den Empfehlungen der Leitlinien.
- Die Compliance dieser Therapie kann als „gut" bezeichnet werden.
- Trotz operativer Eingriffe ist der Anteil der Patienten, die erneut ins Krankenhaus eingewiesen werden, mit bis zu 50 Prozent hoch.
- Bis zu 30 Prozent der Folgeeinweisungen werden im Zuge einer lipidsenkenden Therapie vermeidbar – ein Folgeereignis lässt sich bis zu einem Jahr hinauszögern.
- Die Ausgaben der Krankenkasse sind bei KHK- bzw. AKS-Patienten gegenüber nicht betroffenen Patienten um bis zu 80 Prozent erhöht.
- Tritt zudem noch ein Folgeereignis ein,erhöhen sich die Ausgaben noch um ca. 3.000 Euro pro Jahr.

„Die Untersuchung zeigt ein relativ hohes Niveau der Versorgung dieser Patienten", erklärte Häussler. Dennoch könne die Frage gestellt werden, ob die Effekte der Behandlung noch gesteigert werden könnten. Ein probater Ansatz kann es sein, auf die Prävalenz von Folgeereignissen einzuwirken. Denn bei Eintritt eines Folgeereignisses, steigern sich die Gesamtausgaben immerhin um zusätzlich über 50 Prozent. „Diese Erkenntnisse sind für uns ein Handlungsimpuls", so Dr. Ursula Marschall vom Kompetenzzentrum Gesundheit der BARMER GEK, die dabei ist ein Versorgungsprogamm Kardiologie aufzusetzen. Das kardiologische Versorgungsprogramm der BARMER GEK verfolgt dabei unterschiedliche Ansätze. Dazu gehören neben einem Modul „interventionelle Kardiologie", „DMP-Herzinsuffizienz" und „Kardiochirurgie" auch Maßnahmen zum spezifischen Versichertenmanagement zur Herzinsuffizienz, wobei die vorgestellten Evaluationsergebnisse vor allem in das Management zur Sekundärprävention von kardiovaskulären Ereignissen einfließen sollen. Der Grund ist ökonomischer Art: „Bereits heute belaufen sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkasse zur Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen auf 10 Milliarden Euro." Und bis zum Jahr 2020 ist zudem von einer demografiebedingten Zunahme der assoziierten Ausgaben um ca. 20 bis 25 Prozent auszugehen.

Lücke zwischen Leitlinien und Realität

88 Prozent der Patienten, die sich in der Sekundärprävention einer lipidsenkenden medikamentösen Therapie unterziehen, werden mit Statinen und 10 % mit Statinen in Kombination mit Ezetimib behandelt. In der Studie (N=63.458) war der der Einfluss der Lipidsenkung auf die Vermeidung von Folgeeinweisungen nachweisbar. So verringerten sich Folgeeinweisungen bei Ezetimib plus Statin um -31 %, bei der Gabe von nur Statinen um -19 % und bei „Sonstigen" (einer kleinen Gruppe um die 2 Prozent, darunter vor allem Nicorinsäure-Präparate) um -10 %. Berücksichtigt wurden bei dieser Auswertung nur Patienten, die mehr als 365 Tage beobachtbar waren, um Fälle auszuschließen, bei denen aufgrund ihrer Wiederaufnahme ins Krankenhaus oder ihres Todes keine ambulante medikamentöse Behandlung zu beobachten war. Insgesamt aber erreicht trotz Verbesserungen in den vergangenen Jahren die Mehrheit der Patienten nicht die durch Leitlinien empfohlenen Zielwerte einer optimierten Therapie. „Hier besteht eine deutliche Lücke zwischen den Leitlinien-Empfehlungen und dem klinischen Alltag, die durch neue therapeutische Ansätze geschlossen werden muss", betont Dr. Anselm K. Gitt, Vizedirektor des Instituts für Herzinfarktforschung, Ludwigshafen, anlässlich der Präsentation der Studie.

Er hob in seinem Vortrag darauf ab, dass LDL-Senkung alleine reicht nicht ausreicht, sondern aufgrund neuerer Erkenntnisse vor allem auch die HDL-Erhöhung in den therapeutischen Fokus genommen werden muss; was natürlich erstens Roche besonders freut, die ein entsprechendes Präparat in Phase III hat und was zweitens die Kooperation mit der Barmer erklärt.

„Eine Optimierung der LIDL-C-Werte alleine reicht nicht aus. Viele Patienten weisen neben zu hohen LIDL-C-Werten zusätzlich erhöhte Triglyceride und niedrige HL-C-Werte auf", erklärt dazu Gitt. „Insbesondere bei Hochrisiko-Patienten besteht der Bedarf intensivierter therapeutischer Ansätze, die das gesamte Lipidprofil der Patienten berücksichtigen."

Eine therapeutische Option biete darum eben die HDL-Erhöhung: Epidemiologische Daten würden belegen, dass eine hohe HDL-Konzentration mit einem niedrigeren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen korreliert. Auch deshalb würden die Auswirkungen einer therapeutischen HDL-Erhöhung durch sogenannte CETP-Inhibitoren auf das residuale Risiko aktuell in groß angelegten Endpunktstudien untersucht. Auf harte Endpunkte testet übrigens bereits auch Roche bei seinem neuen Medikament, um den Anforderungen des ab Januar in Kraft tretenden AMNOG gerecht werden zu können. <<

Downloads

- Vortrag Prof. Häussler
- Vortrag Dr. Gitt
- Vortrag Dr. Marschall

Link für Abonnenten: www.m-vf.de