3. Berliner Forum der AWMF
Gemeinsam klug entscheiden –
Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften
Berlin, 15. 10.2015

GKE-Empfehlungen zu kardiologischen Erkrankungen

Karl Werdan
Universitätsklinikum Halle(Saale)

für die
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz-und Kreislaufforschung (DGK) &
die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

UKH
Universitätsklinikum
Halle (Saale)

Conflict of Interest – Disclosure 15.10.2015

Within the past years, I or my spouse/partner have had a financial interest/arrangement or affiliation with the organization(s) listed below.

Affiliation/Financial Relationship	Company
1. Honoraria for lectures	Abbott, Bayer, Biogen, Biotest, Boehringer-Ingelheim, Boston Scientific, Datascope, Maquet, MSD, Novartis, Roche, Servier
2. Financial support congress participation	Amgen, Bayer, Boehringer Ingelheim, Sanofi-Aventis, Servier
3. Honoraria for advisory board activities	Abbott, Bayer, Baxter, Biotest, Datascope, Novartis, Servier
4. Participation in clinical trials	Arrows, Biotest, Datascope, MSD, Novartis, Servier
5. Research funding, and	Biotest, Bayer, Datascope, Novartis, Roche, Servier
6. Financial shares and options	None

Konzept Herz-Kreislauf-Medizin

Die wichtigsten Ziele

- Senkung der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit
- Senkung der kardiovaskulären Morbidität
- Verbesserung der Lebensqualität der Patienten

Konzept Herz-Kreislauf-Medizin

Die wichtigsten Ziele

- Senkung der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit
- Senkung der kardiovaskulären Morbidität
- Verbesserung der Lebensqualität der Patienten

Vermeidung von Über-, Unter- & Fehlversorgung

- Beitrag zur Optimierung der „wichtigsten Ziele“

Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000

	1980	2000 (Δ - 341.745)
Letalität (Männer)	**542,9/10^5**	**266,8/10^5**
Letalität (Frauen)	**263,3/10^5**	**134,4/10^5**

• **Anteil „Therapie“**	**- 47 %**
⇒ Medikamentöse Behandlung inkl. der Herzinsuffizienz	- 20%
⇒ Behandlung des akuten Herzinfarkts	- 10%
⇒ Koronar-Stent & aortokoronare Bypass-Op. zur Behandlung der chronischen koronaren Herzkranheit	- 5%
• **Anteil Lebensstiländerung und Risikofaktorbehandlung**	**- 44 %**
⇒ Cholesterinsenkung	- 24%
⇒ Bluthochdruckbehandlung	- 20%
⇒ Beendigung des Rauchens/ Sport	- 12%/ - 5%

Ford ES, et al: N Engl J Med 2007;356(23):2388-2398

Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad

Mehrgefäßerkrankung

12-8

Patienten mit koronarer Mehrgefäßerkrankung soll eine Revaskularisation gemäß Tabelle 7 angeboten werden:

⇑⇑

Tabelle 7: Übersicht Revaskularisationsempfehlungen nach erfolgter Indikationsstellung bei Mehrgefäßerkrankungen

Ausmaß der KHK	Empfehlungsgrad		Literatur
	Bypass-OP	PCI	
1- oder 2-GE ohne proximale RIVA-Stenose	⇑	⇑⇑	Expertenkonsens (LoE 4)
2-GE mit proximaler RIVA-Stenose, SyS ≤ 22	⇑⇑	⇑⇑	[29; 47] (LoE 1+)
2-GE mit proximaler RIVA-Stenose, SyS ≥ 23	⇑⇑	⇑	[29; 47] (LoE 1+)
3-GE, SyS ≤ 22	⇑⇑	⇑	[29; 48] (LoE 1+)
3-GE, SyS ≥ 23	⇑⇑	nicht empfohlen	[29; 47; 48] (LoE 1+)

14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 07.-09.10.2015
Vortrag V18 (R. Linder, WINEG-TK):

Stentimplantationen bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen – ein Einblick in die Versorgungswirklichkeit

5000 TK-Versicherte; Patienten mit koronarer 3-Gefäßerkrankung:

NVL KHK: Starke Empfehlung (⇑⇑) zur aortokoronaren Bypass-Operation (ACB) und nicht zur koronaren Stentimplantation

- 38,7 % der Patienten mit koronarer 3-Gefäßerkrankung hatten eine Stentimplantation und keine Bypassoperation!

⇒ Über-/Fehlversorgung mit Koronarstents ! (?)

Der Patient mit koronarer 3-Gefässerkrankung

Diagnosestellung mittels Herzkatheteruntersuchung — **Kardiologe**

⇓

Patienteninformation und -beratung — **Herzteam**

5-Jahres-Letalität: (Kardiologe, Herzchirurg, Hausarzt)

5,3 % (ACB) vs. 9,0 % (Stent)

⇓

Evaluierung des Operationsrisikos — **Herzchirurg, Anästhesist**

⇓

Entscheidung des Patienten — **Patient**

⇓ ⇓ ⇓

ACB **Stent** **Konservativ**

(LL-Empfehlung)

14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 07.-09.10.2015
Vortrag V18 (R. Linder, WINEG-TK):

Stentimplantationen bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen – ein Einblick in die Versorgungswirklichkeit

5000 TK-Versicherte; Patienten mit koronarer 3-Gefäßerkrankung:

NVL KHK: Starke Empfehlung (⇑⇑) zur aortokoronaren Bypass-Operation (ACB) und nicht zur koronaren Stentimplantation

- 38,7 % der Patienten mit koronarer 3-Gefäßerkrankung hatten eine Stentimplantation und keine Bypassoperation!

⇒ Über-/Fehlversorgung mit Koronarstents ! (?)

„Gemeinsam-Klug-Entscheiden“-Konzepte der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung (DGK)

- **Im Rahmen der Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):**

  ⇒ **Erarbeitung von**

  3 „To-Do“- und 4 „Not-To-Do“-Empfehlungen

- **Im Rahmen der Initiative der AWMF:**

  ⇒ **Leitlinienadhärenz „Medikation und Revaskularisation bei chronischer koronarer Herzkrankheit“**

  ⇒ **Intensivierung der kardiovaskulären Versorgungsforschung in Bezug auf Über-/Unter- und Fehlversorgung**

„Klug entscheiden“-Initiative der DGIM

Empfehlungen der DGK

(ausgearbeitet von der Kommission für Klinische Kardiologie (Vorsitz: Prof. Dr. St. Baldus) und konsentiert vom Vorstand der DGK)

„TO DO“

- Leitliniengerechte Plättchenhemmung bei Herzinfarkt
  (Defizit in Deutschland ca 20%)
- Lipidsenkung in der Sekundärprävention bei Patienten mit KHK (Defizit 40 %)
- Antikoagulation bei Vorhofflimmern & erhöhtem Schlaganfall-Risiko
  (Defizit in Deutschland 45 %):
  (Potential: 10.000 Schlaganfälle/Jahr weniger in Deutschland)

„NOT TO DO“

- **Keine** Antikoagulation bei Vorhofflimmern & niedrigem Schlaganfall-Risiko
  (ca 60 % dieser Patienten unnötig antikoaguliert); Potential: ca 150 tödliche Blutungen pro Jahr in Deutschland weniger)
- **Keine** „Vorsorge“-Koronar-CTA bei asympt. Personen mit niedrigem Koronarrisiko
- **Keine** „Kontroll-Koronarographie“ nach unkomplizierter Koronarintervention
- **Keine** „frühe“ (< 40 Tage) Primärpräventive ICD-Implantation nach Myokardinfarkt

Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien

Träger:

Bundesärztekammer

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

Nationale VersorgungsLeitlinie

Chronische KHK

Langfassung

3. Auflage

Version 1
Dezember 2014

AWMF-Register-Nr.: nvl-004

Ergänzungen und Modifikationen der Leitlinie sind über die Webseite www.khk.versorgungsleitlinien.de zugänglich.

Wichtiger Hinweis:
Bitte beachten Sie, dass nur die unter www.versorgungsleitlinien.de enthaltenen Dokumente des Programms für Nationale VersorgungsLeitlinien durch die Träger des NVL-Programms autorisiert und damit gültig sind. Bei NVL-Dokumenten, die Sie von anderen Webseiten beziehen, übernehmen wir keine Verantwortung für deren Gültigkeit.

© ärzq

Gemeinsam-Klug-Entscheiden-Initiative der AWMF

Pilotprojekt der AWMF (Dr. M. Nothacker) und der DGK: Identifizierung besonders versorgungsrelevanter Empfehlungen zu Medikation und Revaskularisation der chronischen KHK

- **Hintergrund:**

  Anliegen, wichtige Empfehlungen besser in die Praxis zu transferieren und damit Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden.

- **Zielgruppe:**

  Alle Mitglieder der NVL-Expertengruppe Chronische KHK

- **Stand:** Alle Mitglieder wurden angeschrieben und um Ausfüllung des strukturierten Fragebogens gebeten

Gemeinsam-Klug-Entscheiden-Initiative der AWMF

Pilotprojekt der AWMF (Dr. M. Nothacker) und der DGK: Identifizierung besonders versorgungsrelevanter Empfehlungen zu Medikation und Revaskularisation der chronischen KHK

- **Bisheriger Rücklauf: n = 4 (noch nicht abgeschlossen)**
- **Fragen zu 13 Empfehlungen Medikamentöse Therapie**

⇒ Klarheit der Empfehlung? **87%**

⇒ Hinweise auf Über-(**6%**) oder Unterversorgung (**42%**)?

⇒ Beeinflussbarkeit des Versorgungsproblems? (**75%**)

⇒ Empfehlungs-Umsetzbarkeit im Versorgungsalltag? **67%**

⇒ Die Empfehlung ist geeignet als GKE-Empfehlung? **64%**

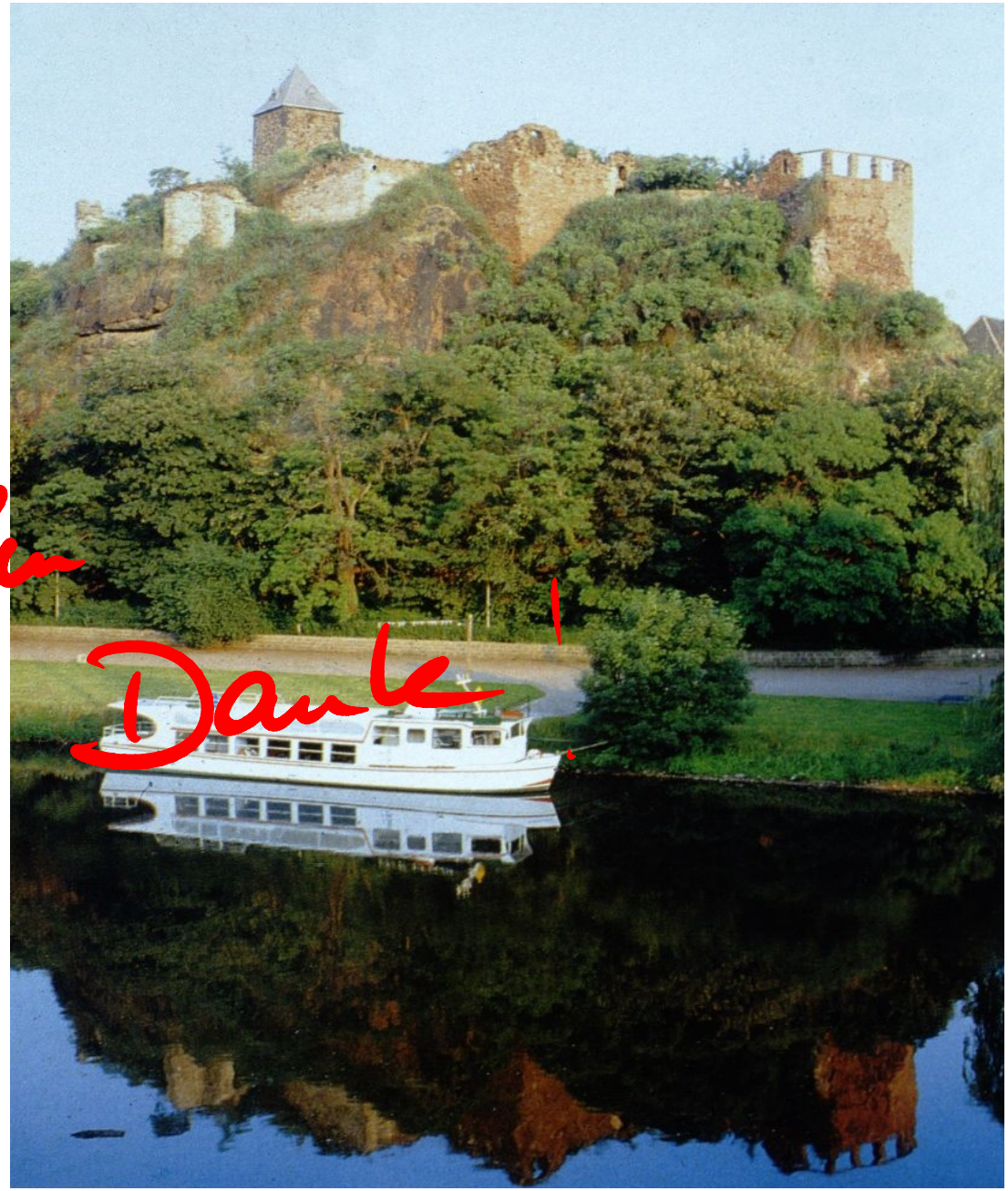
Gemeinsam-Klug-Entscheiden-Initiative der AWMF

Pilotprojekt der AWMF (Dr. M. Nothacker) und der DGK: Identifizierung besonders versorgungsrelevanter Empfehlungen zu Medikation und Revaskularisation der chronischen KHK

- **Bisheriger Rücklauf: n = 4 (noch nicht abgeschlossen)**
- **Fragen zu 11 Empfehlungen Revaskularisationdtherapie**
  - ⇒ Klarheit der Empfehlung? **95%**
  - ⇒ Hinweise auf Über-(**25%**) oder Unterversorgung (**32%**)?
  - ⇒ Beeinflussbarkeit des Versorgungsproblems? **91%**
  - ⇒ Empfehlungs-Umsetzbarkeit im Versorgungsalltag? **84%**
  - ⇒ Die Empfehlung ist geeignet als GKE-Empfehlung? **67%**

GKE-Empfehlungen zu kardiologischen Erkrankungen

- **Leitlinien bilden kardiologische Diagnostik und Therapie adäquat ab**
- **Über-, Unter- & Fehlversorgung sind Folge von**
  ⇒ mangelnder Leitlinienadhärenz der Ärzte
  ⇒ mangelnder Patienten-Compliance
  ⇒ weiterer Ursachen
- Formulierung von GKE-Empfehlungen allein ist nicht ausreichend, notwendig ist eine intensive realitätsnahe **GKE-Versorgungsforschung in Deutschland**!


Danke!