

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |



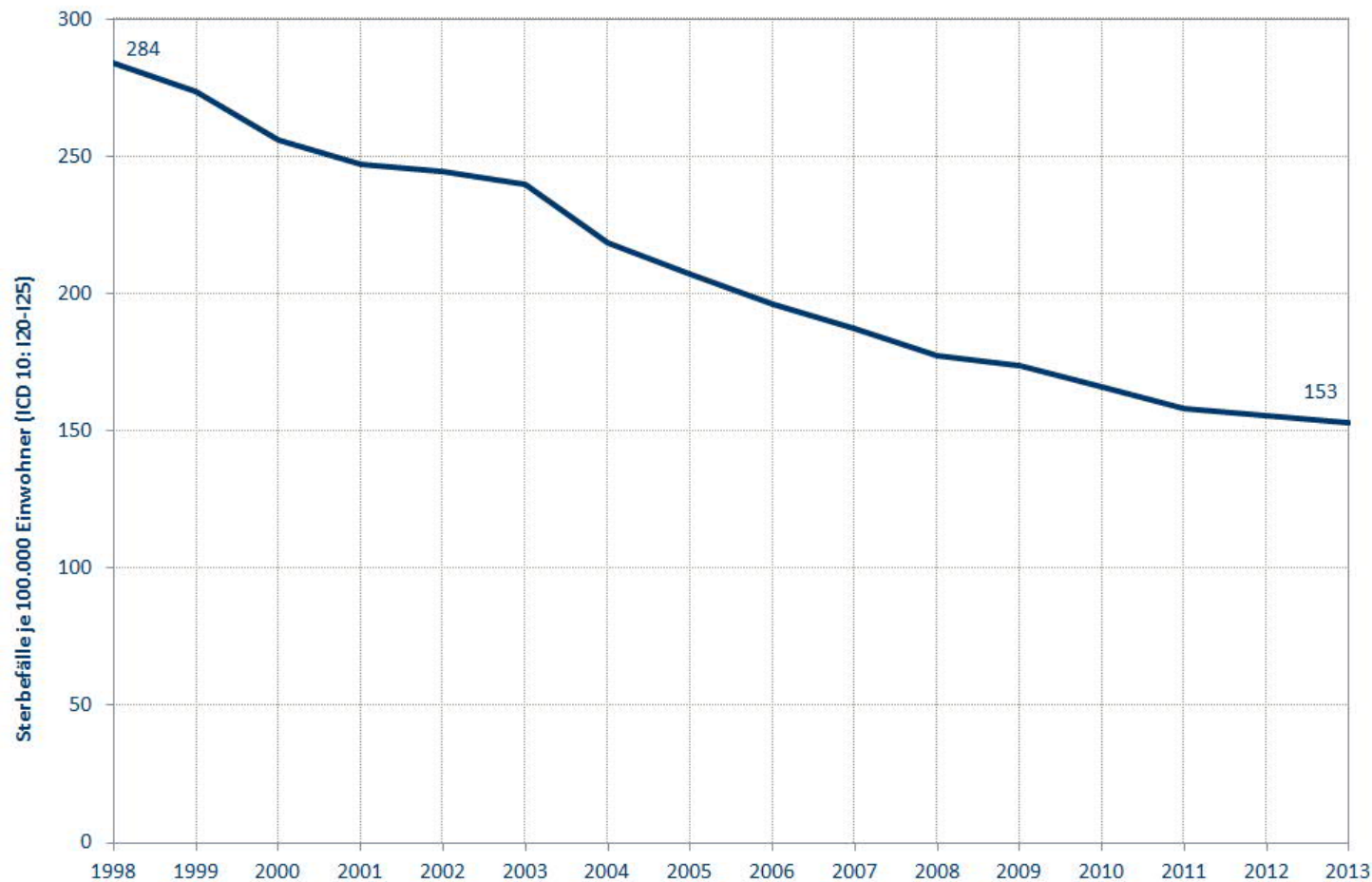
Versorgung bei ACS - Fortschritte und Defizite

Hans-Holger Bleß, IGES Institut

Berlin, 26. November 2015

1. Leitlinien-Empfehlungen für Diagnostik und Therapie im stationären Bereich
2. Versorgung im stationären Bereich
3. Langzeitrisiken und Stellenwert der Sekundärprophylaxe
4. Versorgungsrealität der Sekundärprophylaxe und Therapietreue
5. Fazit

Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten sinkt seit 1998 um 54%



Quelle: <http://www.gbe-bund.de/> (altersstandardisierte Werte)

Stationäre Diagnostik und Versorgung: Leitlinien-Empfehlungen

Diagnostische Strategien

Abklärung der „Arbeitsdiagnose“ ACS

Kontinuierliches EKG-Monitoring

Laboruntersuchungen

Koronarangiografie

Medikamentöse Maßnahmen

Symptomatische Therapie

Prophylaxe

- Thrombozytenaggregationshemmung

Reperfusionstherapie

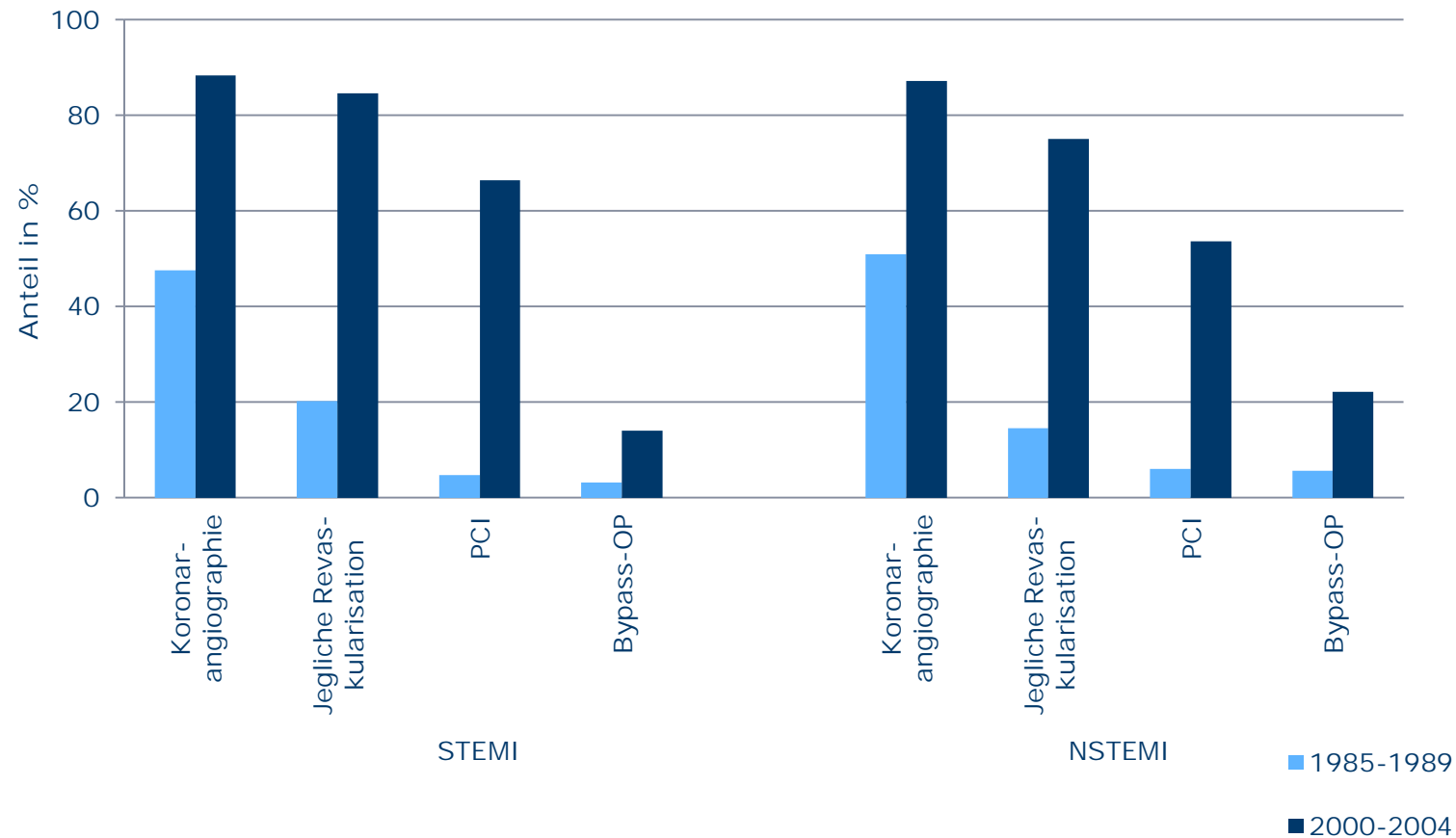
PCI (Stent-Implantation)

Bypass-Operation

Lyse

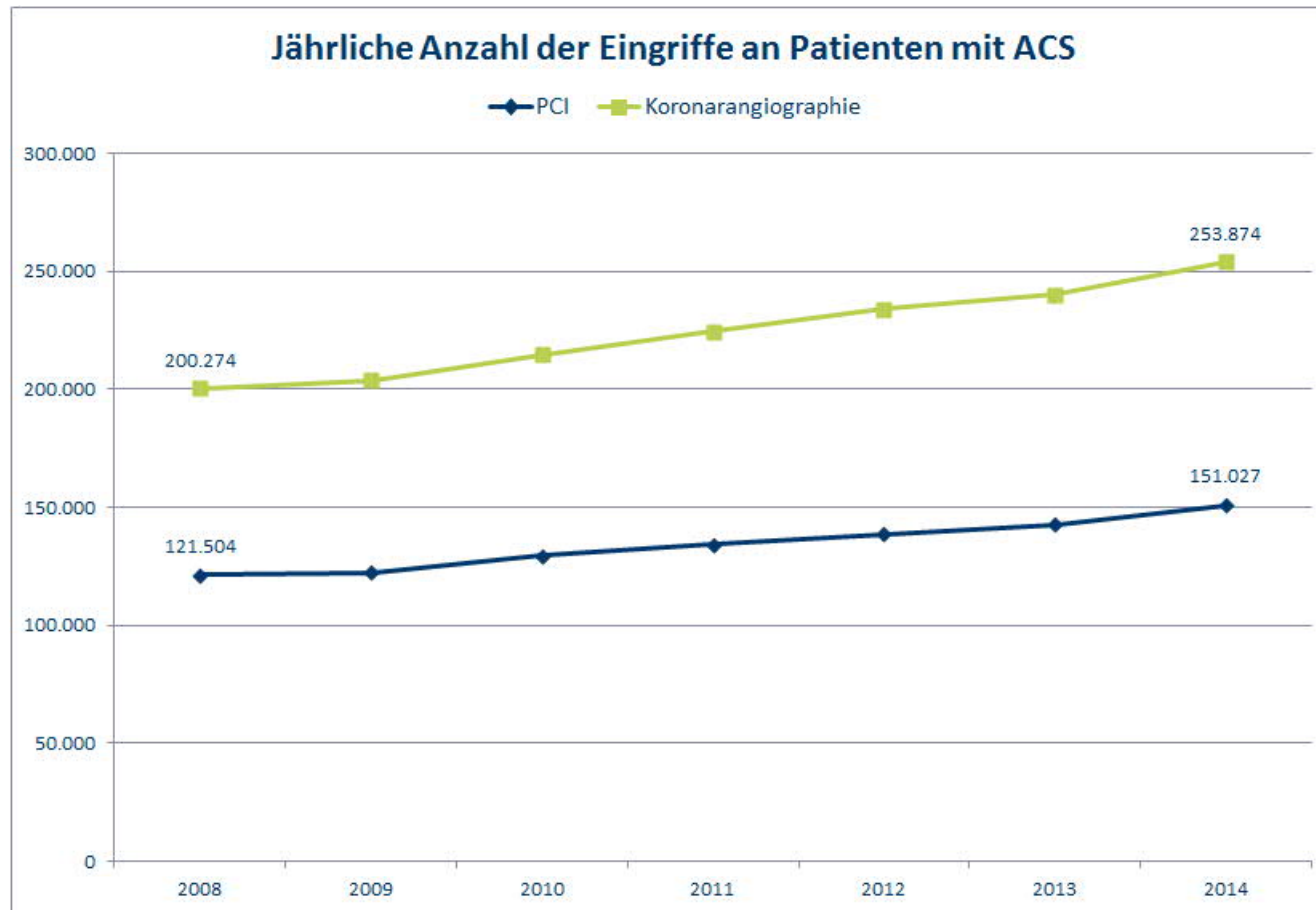
Quellen: ESC 2012, ESC 2015

Stationäre Versorgung: Leitlinienkonforme Diagnose und Therapie



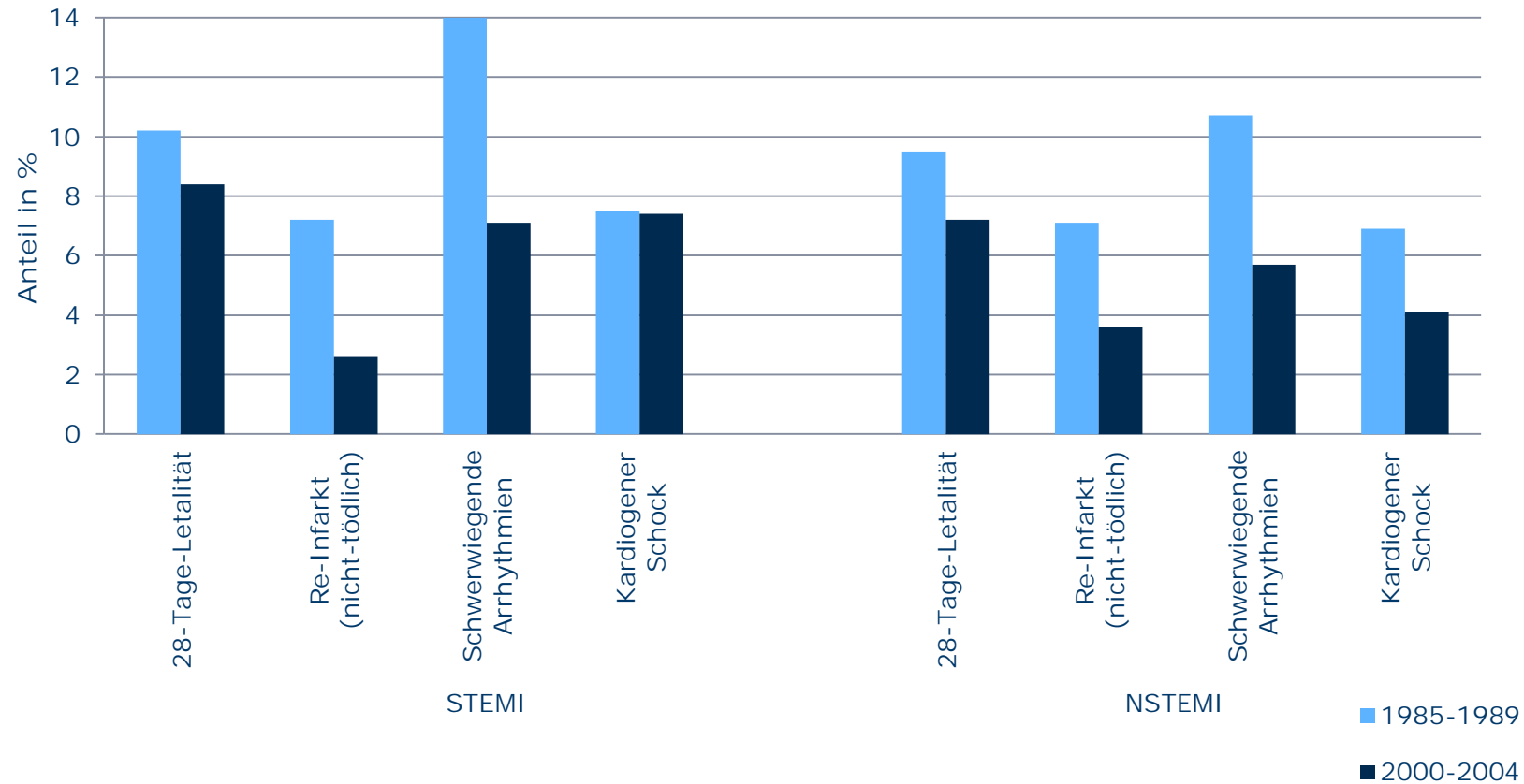
Quellen: MONICA/KORA-Daten

Leitliniengerechte Versorgung: Zunahme von PCI und Koronarangiografie



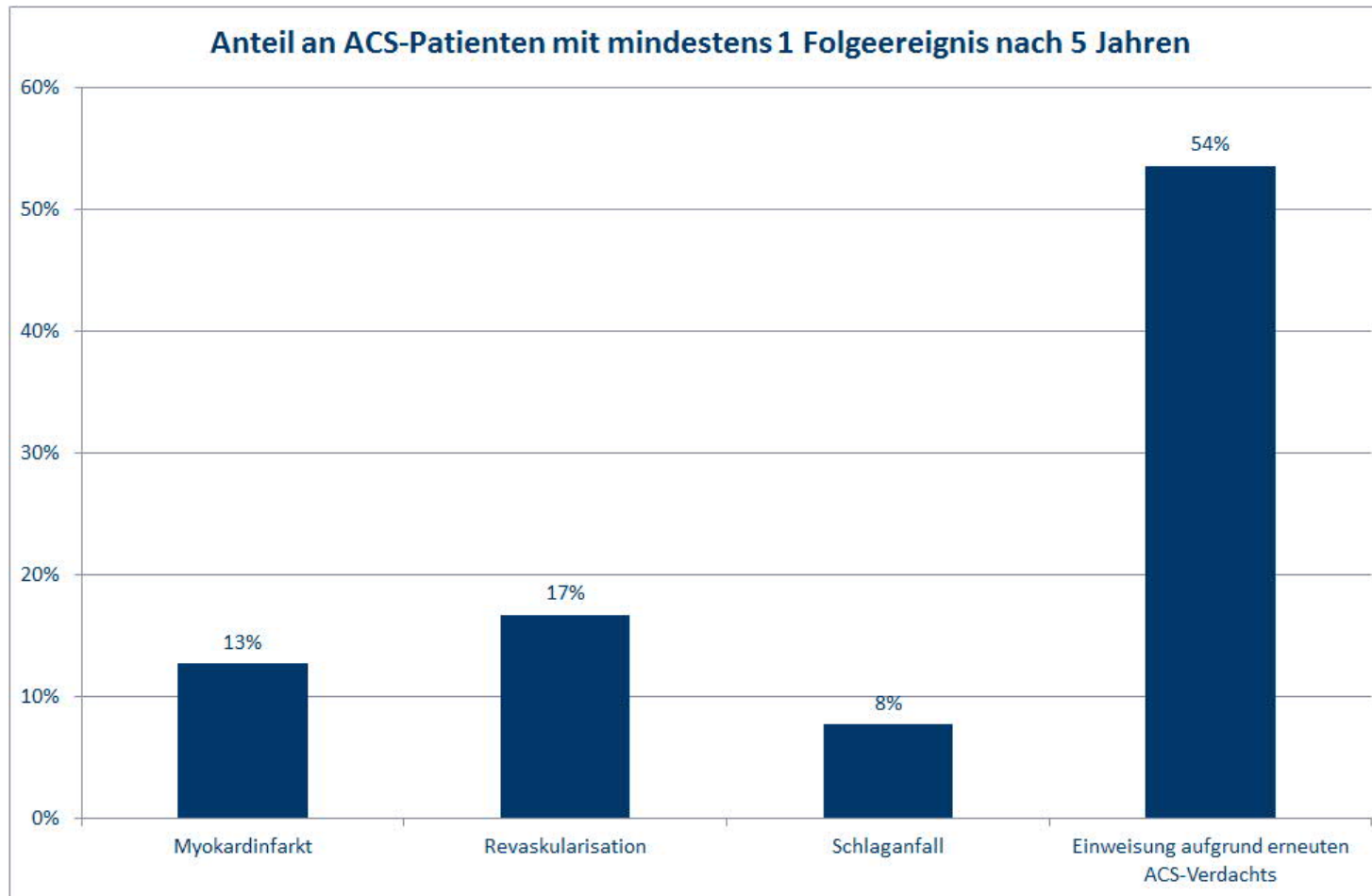
Quelle: Aqua Institut 2015

Stationäre Versorgung: Rückgang der Letalität und Komplikationen



Quellen: MONICA/KORA-Daten, Müller-Werdan et al. 2011

Jeder ACS-Betroffene bleibt ein Langzeit-Risikopatient

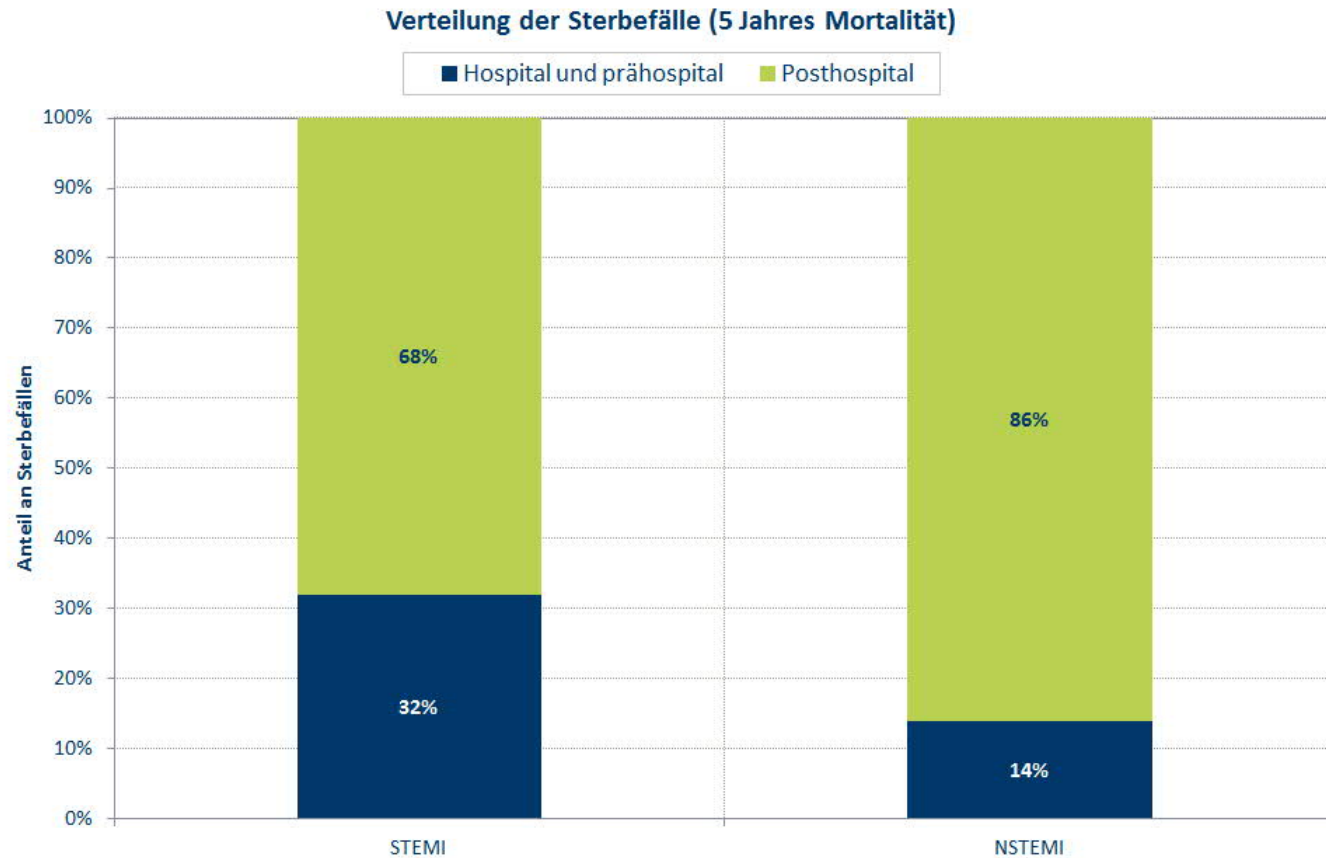


Quelle: Fox et al. 2010

Der Großteil an ACS bedingten Sterbefälle ereignet sich poststationär

5-Jahres
Mortalität:
knapp 20%

- STEMI: 19%
- NSTEMI: 22%



Quelle: Fox et al. 2010

Sekundärprophylaxe hat enorme Bedeutung für die Langzeitprognose

Leitlinien-Empfehlungen für Sekundärprophylaxe im ambulanten Bereich

Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Lebensstilveränderung

- Raucherentwöhnung
- Ernährungsumstellung
- Körperliche Aktivität

kontinuierliches Monitoring

Schulungsprogramme

Ambulante Herzgruppen

Medikamentöse Maßnahmen

Lebenslange Gabe von ASS

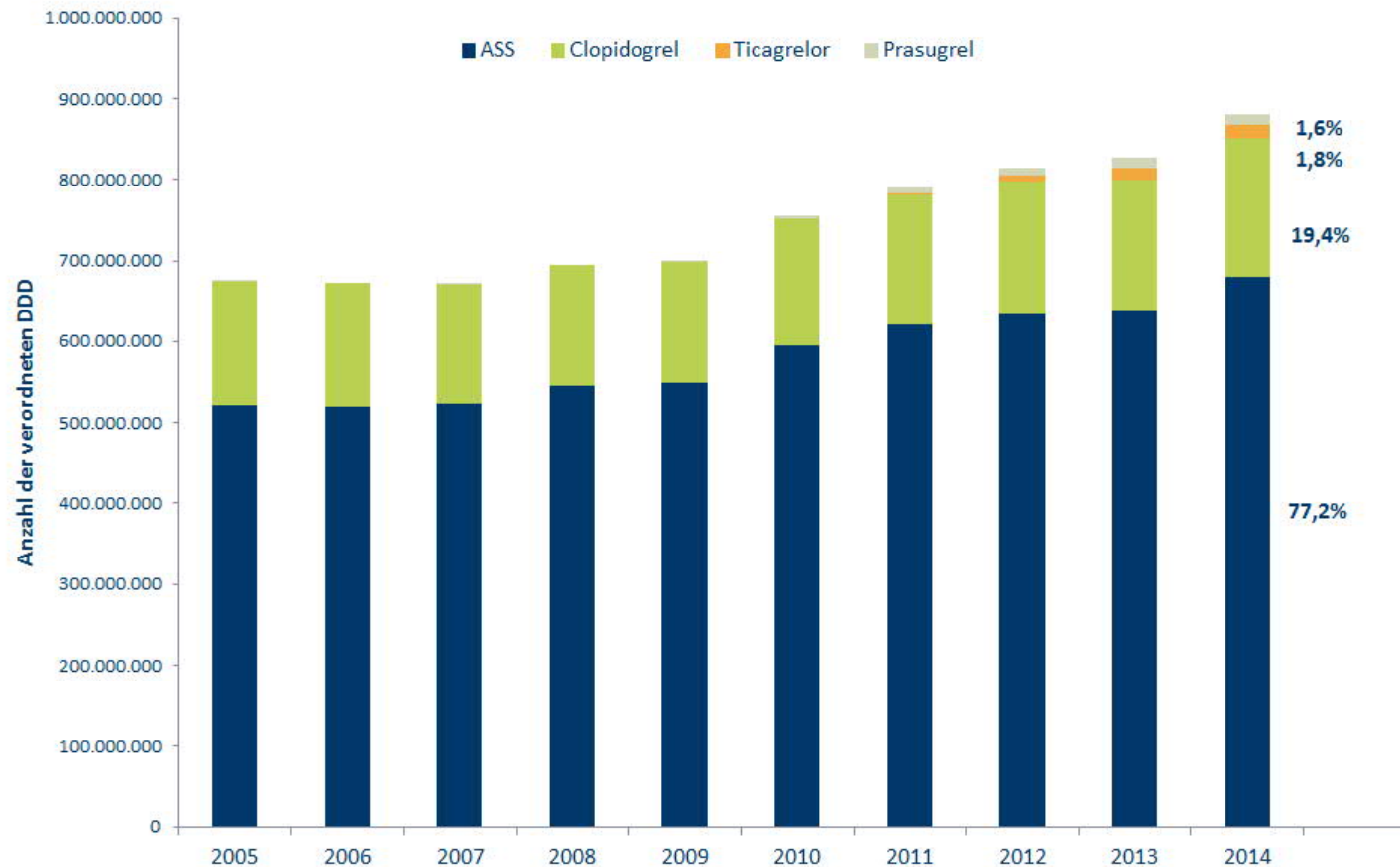
Duale Thrombozytenhemmung (Standard 12 Monate / ggf. länger)

- ASS + Ticagrelor
- ASS + Prasugrel

- Betablocker
- Statine
- ACE-Hemmer

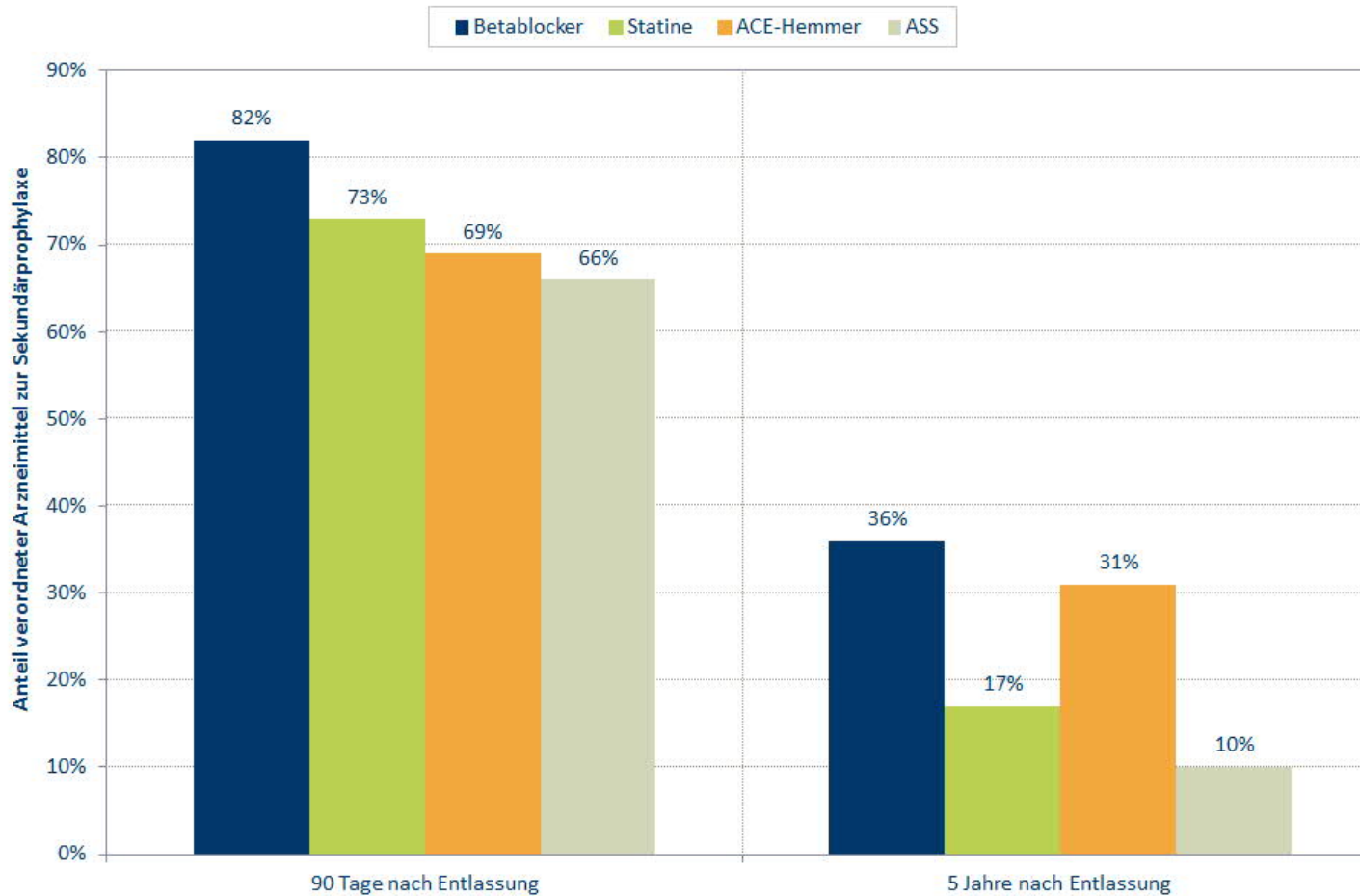
Quellen: ESC 2012, ESC 2015

Anstieg an Verordnungen bei Thrombozytenaggregationshemmern



Quelle: Arzneimittel-Atlas (IGES-Berechnungen nach NVI (Insight Health))

Deutlicher Rückgang in den Verordnungen nach Entlassung aus dem Krankenhaus



Quellen: DHR 2010, Mangiapane 2011

Gründe für Nicht-Adhärenz werden als multifaktorielles Problem gesehen

Patientenfaktoren

- Gesundheitswahrnehmung (Schwere der Erkrankung?)
- Gesundheitsbildung (Notwendigkeit?)
- Soziodemografische Variablen (höheres Alter, Bildungsgrad)

Faktoren auf ärztlicher Seite

- Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung
- Offene Kommunikation
- Patientengerechte Information und Schulung

Bisherige Ansätze zur Adhärenz fokussieren die Patientenseite

Bisherige Ansätze

- Bei Entlassung Patientenschulung zur Medikation
- Automatische Sprachnachrichten zur Erinnerung der Einnahme
- Kontakt mit Apothekern 10 Tage nach Entlassung und 1 Monat später:
 - Ansprache von Nebenwirkungen
 - Ggf. Anpassung der Medikation (Konsultation mit Arzt)



Evaluationsergebnisse

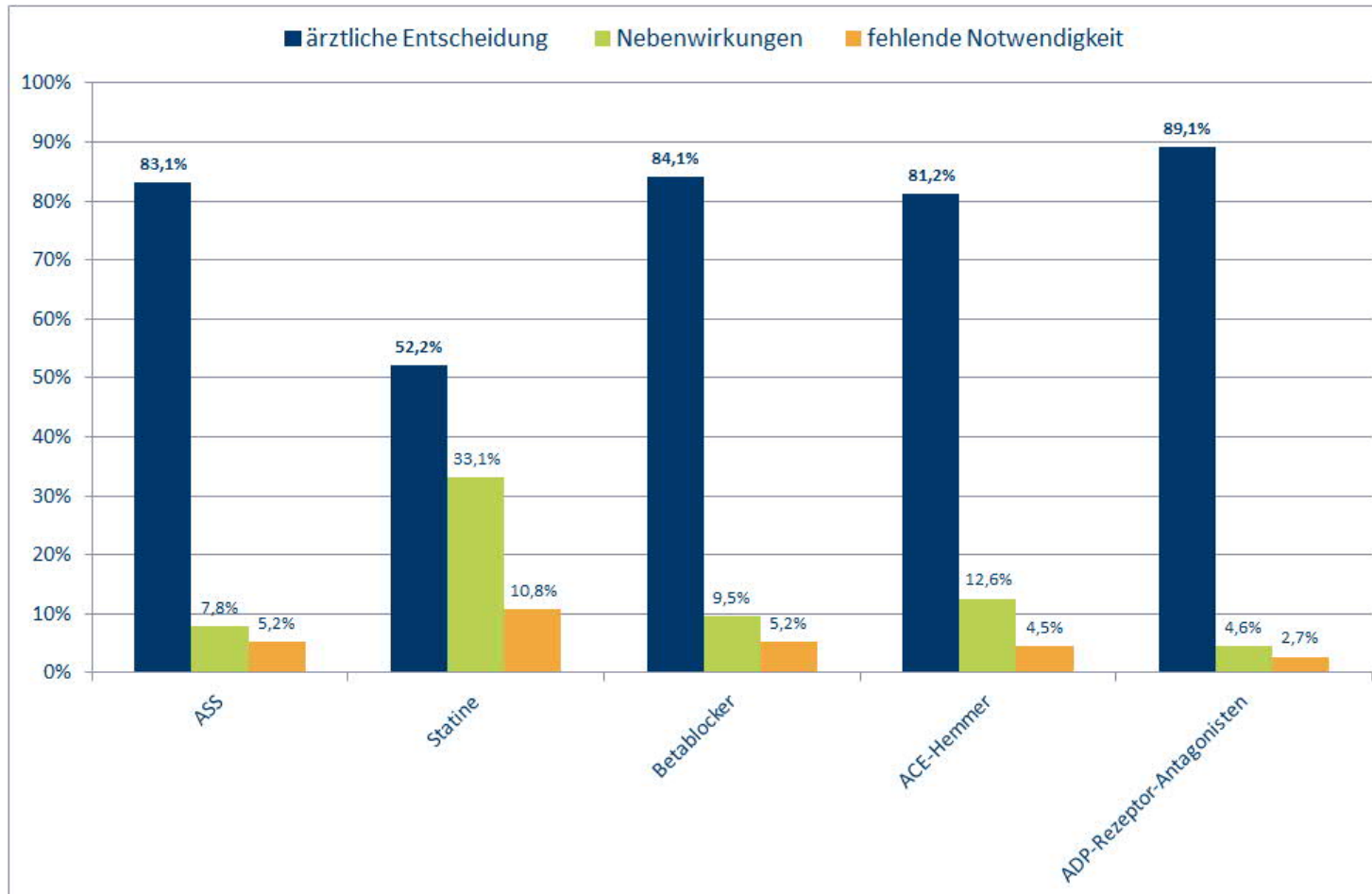
- Erhöhung der Adhärenz in der Interventionsgruppe um 15%

Weitere Konzepte

- Überleitungsmanagement vom stationären zum ambulanten Bereich
- Polypill-Konzepte

Quellen: Ho et al. 2014, Valle und Ho 2014

Hauptgründe für Therapieabbrüche werden auf ärztlicher Seite gesehen



Quelle: Gencer et al. 2015,

Stationäre Versorgung

- ✓ Zunahme an PCI-Eingriffen
- ✓ Zunahme an Koronarangiographie
- ✓ Hohe Anzahl an Verordnungen zur Sekundärprävention bei Entlassung

→ zunehmend Leitliniengerechte Versorgung

Ambulante Langzeitversorgung

- ✗ Hohe Abbruchrate bezüglich medikamentöser Sekundärprophylaxe
- ✗ Verordnungen im ambulanten Bereich nur teilweise leitlinienkonform

→ Notwendigkeit der Adhärenzverbesserung und der Sensibilisierung aller Beteiligten für Langzeitrisiken

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |



IGES Institut
Hans-Holger Bleß

www.iges.com