

Forum Herz

Versorgung bei Akutem Koronarsyndrom

Berlin
26. November 2015
10–16 Uhr

Grußwort

Prof. Dr. Bertram Häussler

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Begriff Akutes Koronarsyndrom (ACS) steht für eine lebensbedrohliche Erkrankung der Herzkranzgefäße in Form eines Herzinfarktes oder einer instabilen Angina pectoris. Als Hauptursache gilt die Koronarstenose, eine in der Regel arteriosklerotisch bedingte Verengung der Koronararterien – also eine chronische Grunderkrankung.

Obwohl die Behandlung des ACS in den vergangenen Jahren deutliche Erfolge verzeichnen konnte, ist der akute Herzinfarkt noch immer zweithäufigste Todesursache. Selbst wenn die Betroffenen das Ereignis, z. B. einen Herzinfarkt, überstanden haben, erleiden insbesondere Hochrisikopatienten häufig einen Re-Infarkt.

ACS ist somit nicht nur ein Thema für Mediziner, sondern auch für die Bereiche Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik.

Zusammen mit der AstraZeneca GmbH lädt das IGES Institut erstmalig zum Forum Herz ein. Thematischer Schwerpunkt ist die Versorgung des ACS. Dabei sollen, neben einer Darstellung des Status quo, sowohl innovative Versorgungsformen vorgestellt als auch die Rolle des Patienten betrachtet werden. Folgende Fragestellungen möchten wir im Rahmen der Veranstaltung beantworten:



Was zeichnet ACS aus und welche Bedeutung kommt ihm aus epidemiologischer Perspektive zu? Welche Probleme existieren in der Diagnostik?

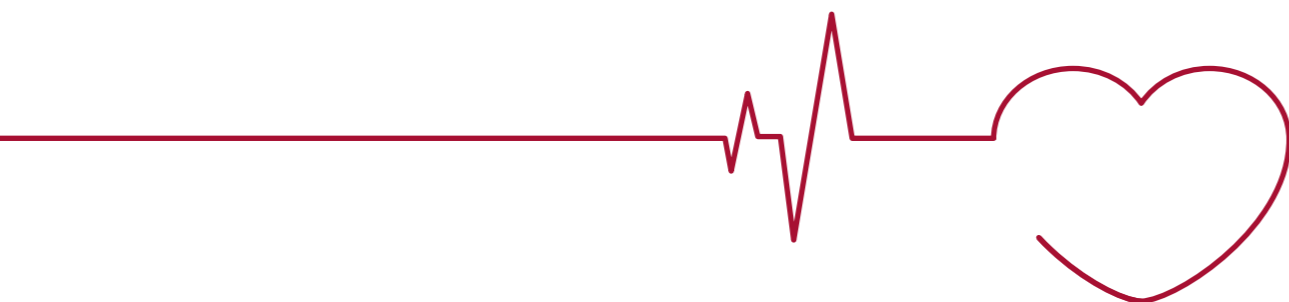
Wie gestaltet sich die derzeitige Versorgung von Patienten mit ACS und welche Defizite bestehen? Welche Rolle nimmt die prähospitalen Versorgung ein?

Welche Möglichkeiten und Entwicklungspotentiale bieten Versorgungsstrukturen wie Case Management, Selektivverträge oder integrierte Versorgung?

Welche Präferenzen bestehen aus Sicht des Patienten und wie wird mit seinen Problemen in der ärztlichen und wissenschaftlichen Diskussion umgegangen?

Unser herzlicher Dank gilt allen Referentinnen und Referenten, die sich bereit erklärt haben, im Rahmen des Forums Herz zu referieren. Wir freuen uns auf informative Beiträge und konstruktive Diskussionen mit Ihnen.

Prof. Dr. Bertram Häussler
Vorsitzender der Geschäftsführung



Programm

26. November 2015 | 10-16 Uhr

10.00 Uhr Eröffnung und Begrüßung

Prof. Dr. Bertram Häussler *IGES Institut*

Tessa Wolf *AstraZeneca GmbH*

Grußwort der Politik

Martina Stamm-Fibich *MdB, Ausschuss für Gesundheit*

10.20 Uhr Krankheitsbild und Epidemiologie des Akuten Koronarsyndroms

Prof. Dr. Uwe Zeymer *Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein*

10.40 Uhr Notärztliche Versorgung bei ACS

Prof. Dr. Martin Möckel *Charité Universitätsmedizin Berlin*

11.00 Uhr „Schnittstelle Patient“ beim Akuten Koronarsyndrom

Dr. Andreas Köhler *Arzt und Diplom-Betriebswirt*

11.20 Uhr Diskussion und anschließende Snackpause

12.35 Uhr Versorgung bei ACS – Fortschritte und Defizite

Hans-Holger Bleß *IGES Institut*

12.50 Uhr ACS, und wie geht's weiter? Die Zeit nach dem ACS

Prof. Dr. Harald Darius *Vivantes Klinikum Neukölln*

13.05 Uhr Ein strukturiertes ambulantes Behandlungsprogramm für Patienten mit ACS – ProAcor® Studie

Dr. Franz Goss *Herrzzentrum Alter Hof München*

13.15 Uhr Diskussion und anschließende Kaffeepause

14.05 Uhr Auswirkungen des AMNOG auf regionaler Ebene am Beispiel von Ticagrelor

Dr. Dominica Schroth *Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe*

14.25 Uhr Herausforderung Multimorbidität – Integrative Versorgungsprozesse für ACS-Patienten

Susanne Guthoff-Hagen *sgH-consulting*

14.45 Uhr Effektivität von Selektivverträgen

Angelika Forster *AOK Nordwest*

15.05 Uhr Diskussion mit Tessa Wolf *AstraZeneca GmbH*

15.35 Uhr Abschiedsworte der Veranstalter

Prof. Dr. Bertram Häussler *IGES Institut*

Tessa Wolf *AstraZeneca GmbH*

Moderation

Lisa Braun *Presseagentur Gesundheit*

Lisa Braun ist Geschäftsführerin der Presseagentur Gesundheit (PAG) und Herausgeberin und Chefredakteurin des Branchendienstes OPG (Operation Gesundheitswesen). In ihrer redaktionellen Verantwortung sind außerdem die Internetseiten www.gerechte-gesundheit.de und www.patienten.de.

Nach der Ausbildung zur Industriekauffrau ging ihre berufliche Laufbahn ausschließlich journalistisch weiter. Lisa Braun absolvierte ein Volontariat bei den Westfälischen Nachrichten und wurde schließlich Redakteurin beim Kölner Stadtanzeiger und Kölner Express. Von 1988 bis 1990 war sie als Korrespondentin in London tätig. Nach dem Mauerfall ging sie nach Berlin, wo sie als freie Mitarbeiterin für die „dpa“, „Die Welt“ und den „Stern“ arbeitete. Von 1996 bis 1999 betätigte sie sich in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für die KV Berlin, danach erfolgte die Gründung der Presseagentur Gesundheit.



Prof. Dr. Uwe Zeymer

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein

Krankheitsbild und Epidemiologie des Akuten Koronarsyndroms

Das Akute Koronarsyndrom ist mit 20-25 % die häufigste Ursache für einen Notarzteinsatz in Deutschland. Das Leitsymptom des Akuten Koronarsyndroms ist der akute Brustschmerz. Allerdings kann die klinische Symptomatik des akuten Brustschmerzes von einer Reihe von Krankheitsbildern verursacht werden, darunter lebensbedrohliche wie Herzinfarkt, Lungenembolie und Aortendissektion. Die sicherlich häufigste Ursache für einen lebensbedrohlichen akuten Thoraxschmerz ist das Akute Koronarsyndrom, was sich in den ST-Strecken-Hebungsmyokardinfarkt (STEMI), den Nicht-ST-Streckenhebungsmyokardinfarkt (NSTEMI) und die instabile Angina unterteilt.

Der akute Herzinfarkt ist definiert als Anstieg und/oder Abfall von kardialen Biomarkern (vorzugsweise des Troponins) mit wenigstens einem Wert über der 99. Perzentile des oberen Referenzwertes und mit mindestens einem der folgenden Befunde:

- Ischämische Symptome
- Neue oder vermutlich neue signifikante ST-Streckenveränderungen oder Linksschenkelblock
- Entwicklung neuer pathologischer Q-Zacken
- Neuer Nachweis von Untergang von Myokard in der Bildgebung
- Nachweis eines intrakoronaren Thrombus in der Angiographie oder der Autopsie

Diese Definition beinhaltet die zentrale Position des Troponins zur Diagnose des Herzinfarktes. Im klinischen Alltag wird es allerdings durch die Einführung der neuen hoch-sensitiven Troponine immer schwieriger, Patienten mit koronar bedingtem Herzinfarkt von Troponin-Erhöhungen anderer kardialer und auch nicht-kardialer Ursachen zu unterscheiden. Für den STEMI bleibt daher das initiale EKG die entscheidende diagnostische Maßnahme.

Der Herzinfarkt ist unter den führenden Krankenhaus-Aufnahmediagnosen. Etwa 600.000 Patienten mit Akutem Koronarsyndrom werden jährlich stationär versorgt. Die Sterblichkeit des akuten Herzinfarkts hat über die Jahre abgenommen, ist aber trotzdem noch unter den drei führenden Todesursachen in Deutschland, sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Über 60.000 Patienten versterben jährlich an einem Herzinfarkt.



Uwe Zeymer studierte Humanmedizin an der Ludwigs-Maximilians-Universität in München und an der Philipps-Universität in Marburg.

1990 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Kardiologie im Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles. Er wurde 1993 Facharzt für innere Medizin sowie 1996 Facharzt für Kardiologie. Von 1994 bis 2002 war er als Oberarzt am Klinikum Kassel tätig.

2002 erfolgte die Habilitation an der Georg-August-Universität in Göttingen. Zudem wurde er Oberarzt in der Medizinischen Klinik B am Herzzentrum Ludwigshafen. 2005 übernahm er die Leitung des dortigen Herzkatheterlabors.

Uwe Zeymer ist Vorsitzender des wissenschaftlichen Komitees der „Acute Cardiovascular Care Association“ der ESC sowie Vorsitzender der Arbeitsgruppen „Thrombosen“ und „Qualitätssicherung und Register“ der DGK. 2013 war er Präsident des jährlichen Herbsttreffens der DGK.

Prof. Dr. Martin Möckel

Charité Universitätsmedizin Berlin

Notärztliche Versorgung bei ACS

Das Notarztwesen in Deutschland hat eine lange Tradition und verfügt über ein professionelles und flächendeckendes Qualifikationssystem mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“. Der Ursprung des Notarztwesens mit dem ersten Notarztwagen 1973 am Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin lag in der hohen prähospitalen Sterblichkeit des Myokardinfarkts: Die Therapie durch den Notarzt sollte dorthin gebracht werden, wo sie am meisten gebraucht wurde.

Seither hat sich die Aufgabenstellung des Notarztes wesentlich erweitert und geändert, wobei die prähospitaler Reanimation nach wie vor eine Kernaufgabe darstellt. Mittlerweile gibt es technische Möglichkeiten der prähospitalen Diagnostik („Point-of-Care“), aber auch wirksame Medikamente wie die neuen Thrombozytenhemmer, deren Einsatz im ACS beim ersten medizinischen Kontakt von den Leitlinien empfohlen wird. Mit diesen zunehmenden Möglichkeiten wird der Ruf nach mehr klinischen Studien laut. In der Vergangenheit war es bereits bei der prähospitalen Lysetherapie sowie aktuell bei erweiterter Thrombozytenhemmung nur schwerlich gelungen, im Hinblick auf das Überleben und Komplikationen einen Vorteil der prähospitalen Maßnahmen zu belegen. Dies hängt einerseits mit den schwierigen Studienbedingungen im präklinischen Bereich zusammen. Andererseits wird die Komplexität des Einsatzes im Feld, bei dem der Arzt auf sich alleine gestellt ist und unter oftmals schwierigen Rahmenbedingungen tätig wird, vielfach unterschätzt.

Aktuelle eigene Daten belegen, dass die prähospitalen Diagnosen oft erstaunlich präzise sind und bei entsprechender Prozessorganisation durchaus komplexe Therapien präklinisch eingeleitet werden können. Entscheidend ist allerdings die intersektorale Verzahnung und die Schaffung abteilungsübergreifender Behandlungspfade. Mit den Infarktnetzwerken sind für den STEMI bereits oft vorbildliche Strukturen vorhanden. Für das in Diagnostik und Therapie komplexere und heterogene NSTEMI-ACS fehlt dies weitgehend.

Mit der Schaffung des Notfallsanitäters stellt sich zunehmend die Frage, in welche Richtung die präklinische Versorgung des ACS gehen wird. Es kann spekuliert werden, dass zukünftig qualifiziertes Assistenzpersonal entlang streng definierter Behandlungspfade die Primärversorgung übernimmt und Patienten dann geplant in die Notaufnahme des entsprechenden Referenzzentrums bringt, wo die erweiterte Primärdiagnostik (incl. früher Bildgebung) und die Disposition der invasiven Maßnahmen erfolgt.



Martin Möckel studierte Medizin an der FU Berlin. Die Facharztausbildung absolvierte er in der Kardiologie, Nephrologie und Internistischen Intensivmedizin. Er ist Notarzt sowie Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. Zudem ist er apl. Professor für Innere Medizin und Universitätsprofessor für kardiovaskuläre Prozessforschung an der Charité sowie Gastprofessor für Epidemiologie an der James Cook University, Australien.

Seit 2010 ist er Ärztlicher Leiter der Notfallmedizin/Rettungsstellen und Chest Pain Units an den Charité Nord-Standorten. Seit 2015 führt er als einer der ersten Ärzte in Berlin die Zusatzbezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin.

Er ist Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften, wie der ESC, AHA, DGK und DGINA. Zudem ist er Editor-in-Chief der Zeitschrift „Biomarkers“.

Dr. Andreas Köhler

Arzt und Diplom-Betriebswirt

„Schnittstelle Patient“ beim Akuten Koronarsyndrom

Alle Beteiligten im Gesundheitswesen, ob Politik, Gesetzgeber, Versorgungsforschung, Selbstverwaltung, einschließlich des Gemeinsamen Bundesausschusses, ja sogar die Patientenvertretung beschäftigen sich grundsätzlich mit einzelnen Teilschritten und Modulen der Versorgung, der einzelnen ärztlichen diagnostischen oder therapeutischen oder einer veranlassten Leistung.

Es werden HTA-Gutachten erstellt, RCT-Studien, jahrelange Diskussionen über die Evidenz geführt, es gibt Qualitätsindikatoren und Richtlinien, aber eben immer zu „vereinzelt“ diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, nie zu Prozessen.

Das gilt auch und insbesondere bei Krankheiten mit hochspezialisierter Diagnostik und Therapie sowie den damit verbundenen spezialisierten Behandlungspfaden, wozu das Akute Koronarsyndrom zweifelsfrei zählt.

Wir können heute mehr Leben retten und vor allem Leben verlängern — zweifelsohne ein Verdienst des medizinischen Fortschritts sowie der Diskussion um Qualität, und das ist auch gut so, aber wir müssen uns dringend mit den Prozessen bei Diagnostik und Therapie des Akuten Koronarsyndroms beschäftigen.

Dabei werden sich nämlich unmittelbar die Schwächen in unserem Gesundheitssystem zeigen, das technisch absolut in der Neuzeit angekommen ist, in der Koordination der Versorgungsprozesse und im Case-Management sich aber noch im von Sektoreninteressen dominierten Mittelalter aufhält.

Die einfachen Fragen sind es, die interessieren: Was kann ich tun, welche beruflichen und privaten Belastungen kann man sich zumuten, wie geht man mit seinen Ängsten um? Interessiert das die innerärztliche und wissenschaftliche Diskussion?

Was bei uns in Deutschland fehlt, ist Case-Management. Das wissen wir alle, aber wir tun nichts dagegen. Weder die Versorgungsforschung noch die Organisatoren der Gesundheitsversorgung, oder die Normengeber bemühen sich nachhaltig darum, ein sektorenübergreifendes Case-Management zu etablieren.

Unsere Verantwortung ist es, ein solches Case-Management zu etablieren, mit dafür befähigten Haus- oder Primärärzten, Kliniken, einer funktionierenden Patientenakte, einem effizienten Schnittstellenmanagement und einer Telematik-Plattform, die diesen Namen auch verdient.



Andreas Köhler ist Arzt mit betriebswirtschaftlicher Ausbildung. Von 1995 bis 2014 betätigte er sich in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in welcher er seit 2005 Vorstandsvorsitzender war. Aus gesundheitlichen Gründen trat er 2014 von diesem Amt zurück.

Herr Köhler ist Ehrenpräsident des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschlands.

Hans-Holger Bleß

IGES Institut

Versorgung bei ACS – Fortschritte und Defizite

Bei der stationären Versorgung des Akuten Koronarsyndroms (ACS) zeigt sich in den vergangenen Jahren eine deutliche Zunahme in der Anwendung leitlinienkonformer Diagnose- und Behandlungsstrategien (PCI, Koronarangiogramm, Medikamenten-freisetzende Stents). Parallel zu diesem Anstieg ist eine Verringerung der Mortalität und der Komplikationen in der (akut-) stationären Krankheitsphase zu beobachten.

Bereits im Krankenhaus erfordert das ACS die Einleitung einer langfristigen medikamentösen Sekundärprophylaxe. Die Arzneimittelversorgung im stationären Bereich und auch in der ambulanten Nachbetreuung erfolgt weitgehend leitlinienkonform. Da jeder ACS-Patient ein Hochrisikopatient bleibt, der neben der medikamentösen Sekundärprophylaxe ein kontinuierliches ärztliches Monitoring sowie eine Änderung des Lebensstils benötigt, kommt der ambulanten Langzeitversorgung eine herausragende Bedeutung zu.

Allerdings zeigen Routinedaten fünf Jahre nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine deutliche Abnahme der Therapietreue. Zugrunde liegt oftmals ein mangelndes Bewusstsein der Betroffenen für die Schwere ihrer Erkrankung und die Notwendigkeit einer langfristigen Sekundärprävention.

Führt man sich die ermutigenden Zahlen zu den erhöhten Überlebensraten im Krankenhaus vor Augen, zeichnet sich ab, dass eine strukturierte, ambulante Langzeitbehandlung immer mehr an Bedeutung gewinnen wird.



Hans-Holger Bleß hat Pharmazie an der FU Berlin studiert. Nach Tätigkeiten in öffentlichen Apotheken arbeitete er für die AOK Brandenburg und leitete dort zuletzt den Fachbereich „Grundlagen und Verträge Arzneimittel“. Seit 2009 ist er am IGES Institut tätig und leitet dort den Bereich Versorgungsforschung. In dieser Position ist er verantwortlich für Projekte, die sich mit der Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation beschäftigen.

Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Versorgungsforschung, Versorgungsmanagement, Arzneimittelbedarf sowie gesetzliche Regularien im Arzneimittelbereich.

Prof. Dr. Harald Darius

Vivantes Klinikum Neukölln

ACS, und wie geht's weiter? Die Zeit nach dem ACS

Grundlage der Therapie des akuten Koronarsyndroms ist die rasche Wiedereröffnung der betroffenen Herzkranzgefäße. Dabei ist sowohl für Patienten mit ST-Hebungsinfarkt als auch für Patienten mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt die Versorgungssituation in Deutschland auch aufgrund der sehr guten Verfügbarkeit von invasiven Kardiologien sehr gut.

In der Sekundärprophylaxe, also in der Zeit unmittelbar und spät nach dem ACS, zeigt sich dagegen noch deutliches Verbesserungspotenzial. Die nachgewiesenen-wirksamen medikamentösen Therapiekomponenten beinhalten Thrombozytenfunktionshemmer, Lipidsenker, Betablocker und ACE-Inhibitoren. Dabei ist die wissenschaftliche Nachweislage für die Thrombozytenfunktionshemmer und die Lipidsenker am besten. Die Erreichung von Zielwerten für die Lipidwerte (Gesamtcholesterin und LDL-Cholesterin) wird in der klinischen Praxis eindeutig zu wenig beachtet, und insbesondere in der Dauertherapie auch mehrere Jahre nach Myokardinfarkt liegt noch viel therapeutisches Potenzial zur Verminderung der Re-Infarktrate.

Die Therapie mit Thrombozytenfunktionshemmern in mono oder dualer Therapie nach einem ACS mit und ohne perkutane Koronarintervention ist derzeit Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Diskussionen. Nachdem in der CURE-Studie mit Clopidogrel zusätzlich zur ASS-Therapie die Grundlage für die duale Thrombozytenhemmertherapie gelegt wurde, konnte für Prasugrel in der TRITON-Studie und für Ticagrelor in der PLATO-Studie jeweils die eindeutige Überlegenheit der dualen Thrombozytenhemmertherapie mit den neueren und stärker wirksamen ADP-Inhibitoren nachgewiesen werden. Beide Untersuchungen haben sich in der Therapiedauer im Wesentlichen nach den Vorgaben der Leitlinien aufgrund der Daten der CURE-Studie mit einer 12-monatigen Therapiedauer nach ACS gerichtet. Erst die aktuell vorgestellten Daten der PEGASUS-Studie beweisen eindeutig, dass eine längere Therapiedauer mit Ticagrelor die Ereignisrate nach einem ACS noch weiter signifikant reduziert werden kann. In dieser Studie wurde die duale Thrombozytenhemmertherapie mit ASS plus Ticagrelor mit einer ASS Therapie verglichen bei Patienten, deren ACS vor 1 und 3 Jahren stattfand. Am besten haben die Patienten abgeschnitten, die eine möglichst kurze Latenzzeit zwischen dem Ende der ACS-bedingten dualen Thrombozytenhemmertherapie und dem Beginn der studienbedingten dualen Therapie mit Ticagrelor und ASS hatten. Aufgrund dieser nachgewiesenen Wirksamkeit einer deutlich verlängerten dualen Thrombozytenhemmertherapie nach ACS wird derzeit diskutiert, welche Patienten von der prolongierten Therapie am ehesten profitieren und wie lang die optimale Therapiedauer nach einem ACS sein sollte.



Harald Darius ist Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Angiologie, Nephrologie & konservative Intensivmedizin des Vivantes Klinikums Neukölln, Berlin.

Er studierte Humanmedizin und absolvierte eine klinische Ausbildung zum Internisten und Kardiologen. Zusätzlich legte er die Facharztprüfung als Arzt für Klinische Pharmakologie und für die Zusatzbezeichnung internistische Intensivmedizin ab.

Im Rahmen seiner wissenschaftlichen Tätigkeiten befasste er sich u.a. mit der Therapie des ACS und der Herzinsuffizienz und experimentell mit den Thrombozyten-Endothelzell-Wechselwirkungen, der Transfektion von Zellen in-vitro sowie von Koronarien in-vivo zwecks Verhinderung der Restenose nach Ballondilatation. Für seine Forschung erhielt er mehrfach Auszeichnungen sowie eine apl. Professur an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Er ist Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften, wie der AHA, DGK, GTH und ESC.

Dr. Franz Goss

Herzzentrum Alter Hof München

Ein strukturiertes ambulantes Behandlungsprogramm für Patienten mit ACS – ProAcor® Studie

In Anbetracht der hohen Mortalität des Akuten Koronarsyndroms (ACS) ist ein stringentes Risikomanagement zur Verhinderung weiterer koronarer Ereignisse eminent wichtig. Trotz hoher Kosten stehen einer optimalen Betreuung der Patienten nach wie vor Informationsdefizite an sektoralen Grenzen und fehlende, standardisierte Versorgungspfade entgegen. Ziel der ProAcor® Studie war es deshalb, den Sektorenübergang aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich zu überbrücken und anschließend ambulant ein qualitativ hochwertiges, strukturiertes Behandlungskonzept umzusetzen.

1.003 Patienten mit ACS (STEMI 44,3 %, NSTEMI 39,5 %, instabile Angina Pectoris 15,2 %) nahmen an diesem Programm teil. Bereits im Krankenhaus wurden die Patienten umfänglich über ihr Krankheitsbild anhand einer ausführlichen, allgemein verständlichen Broschüre zum ACS aufgeklärt. Außerdem erfolgte bereits in der Klinik durch den Case Manager eine Terminvereinbarung beim niedergelassenen Kardiologen. Neben der routinemäßigen hausärztlichen Betreuung waren in diesem Versorgungskonzept im ersten Jahr nach ACS drei Untersuchungs-Termine beim Kardiologen vorgegeben (3, 6 und 12 Monate). Diese Termine wurden in einem den Patienten begleitenden „BNK-Herzpass“ eingetragen. Im Herzpass wurden außerdem die Morphologie der Koronargefäße, die Leitlinien-gerechte Medikation, wesentliche Laborwerte und der Blutdruck dokumentiert. Des Weiteren erhielt der Patient nach 3 und 6 Monaten Informationsbroschüren zu seinem persönlichen Risikoprofil (z.B. Nikotinentwöhnung, Vorschläge zu Ernährung und körperlicher Aktivität).

Im Ergebnis zeigte sich insbesondere in der medikamentösen Therapie eine sehr hohe Adhärenz für alle wesentlichen Medikamentengruppen (Duale Plättchenhemmung, Betablocker, CSE-Hemmer und RAAS-Medikation). Dabei fand sich zum Ende der Studie eine bemerkenswert niedrige 1-Jahres-Mortalität (7,6 %) und niedrige kardiale Rezidiv-Ereignisse (14,9 %).

Die ProAcor® Studie zeigt, dass durch einen strukturierten Versorgungsprozess eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität des ACS — einschließlich niedriger Rezidivereignisse — und eine bemerkenswert niedrige Mortalität zu erzielen ist.



Franz Goss studierte Medizin an der Ludwig-Maximilians Universität München. Im Anschluss war er in der Medizinischen Klinik I des Klinikums München-Großhadern sowie an dem Sahlgrenska Hospital der Universität Göteborg, Schweden, tätig.

Ab 1986 übernahm er als Oberarzt die Leitung der Kardiologischen Intensivstation der I. Medizinischen Klinik im Zentral-Klinikum Augsburg. Seit 1992 praktiziert er als niedergelassener Kardiologe im Herzzentrum Alter Hof in München.

Herr Goss ist Mitglied in der ESC und der DGK. Für die DGK ist er zudem als Gutachter und in der Programm-Kommission tätig. Des Weiteren engagiert er sich seit 1996 im Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e. V. (BNK) und leitet seit 2004 als Geschäftsführer die BNK Service GmbH.

Sein Hauptinteresse gilt der Versorgungs-Forschung kardiologischer Behandlungsprozesse.

Dr. Dominica Schroth

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Auswirkungen des AMNOG auf regionaler Ebene am Beispiel von Ticagrelor

Der Vortrag beschäftigt sich mit den Auswirkungen des AMNOGs auf regionaler Ebene. Dies wird am Beispiel von Ticagrelor näher erläutert. Folgende Fragen werden Gegenstand der Ausführungen sein:

1. Erreicht das AMNOG den Arzt?
2. Sind die Bewertungen in der täglichen Praxis umsetzbar?
3. Wirken sich AMNOG-Bewertungen auf die Versorgung aus?

Die Frühe Nutzenbewertung hilft beim sachgerechten Einsatz neuer Arzneimittel. Für Ticagrelor fiel die Bewertung sehr komplex aus. In Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen gilt die Verordnung vom ersten Fall an als Praxisbesonderheit.

Im Vortrag werden konkrete Auswirkungen auf den ärztlichen Handlungsalltag skizziert und analysiert und Mechanismen zur Information von Ärzten und Patienten aufgezeigt.



Dominica Schroth studierte Humanmedizin an den Universitäten Tübingen und Wien. Im Jahr 1995 promovierte sie an der Universitätsklinik Tübingen. Seit dem Jahr 2000 ist sie Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Sie arbeitete von 2000 bis 2010 als angestellte Frauenärztin bei Dr. Schulte-Frohlinde in Selm, als Ärztin beim DRK-Blutspendedienst Münster und als Dozentin für Anatomie und Physiologie in der Ausbildung zur Altenpflegerin/Altenpfleger der Diakonie Lünen.

Seit 2010 ist sie beratende Ärztin im Geschäftsbereich Verordnungsmanagement bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Susanne Guthoff-Hagen

sgh-consulting

Herausforderung Multimorbidität – Integrative Versorgungsprozesse für ACS-Patienten

Entsprechend dem erhöhten Durchschnittsalter der ACS-Patienten trifft das Ereignis viele Personen, bei denen bereits mehrere chronische Erkrankungen vorliegen. Aber auch bei Patienten, die das ACS „unerwartet“ trifft, zeigt sich anschließend oft eine bereits im Vorfeld unerkannt vorliegende Risikokonstellation. Eine Analyse am eigenen anonymisierten GKV-Echtdatenpool bestätigt dies.

Für die Einstellung und das Monitoring der risikoreichen Komorbidität mit dem Ziel, Re-Ereignisse und Krankheitsprogression zu vermeiden, stellt diese Multimorbidität eine große Herausforderung dar. Die qualitätsorientierte Behandlung unter Beachtung bestmöglicher Evidenz ist ein unumstrittener Ansatz und eine auch selektivvertraglich verfolgte Forderung.

Hierbei ergibt sich jedoch ein therapeutisches Dilemma: med.-wiss. Leitlinien fokussieren meist auf genau eine Indikation oder deren Teilbereiche. Die Patienten stellen sich aber mit einer komplexen Situation, unterschiedlichem Behandlungsbedarf und heterogenen persönlichen Dispositionen vor. Zusätzlich benötigen gerade diese Patienten ein hohes Maß an interdisziplinärer Betreuung.

Ein rein additives Vorgehen bei den unterschiedlichen Standards einerseits und den unterschiedlichen ärztlichen Fachrichtungen andererseits entspricht nicht den Anforderungen und führen oft zu fragmentierten und problematischen Versorgungsprozessen. Es besteht die Herausforderung, tatsächliche integrative Versorgungsprozesse zur Verfügung zu stellen, die über ein sozialrechtliches Konstrukt hinausgehen. Die administrativen, rechtlichen, ökonomischen und technischen Rahmenbedingungen der Regelversorgung werden diesem Anspruch nur unzureichend gerecht. Nötig sind vertragliche und technische Instrumente, die die geforderte Kooperation und Abstimmung tiefgehender unterstützen und einfach zugängliche Entscheidungshilfen, Dokumentation und Kommunikation im Sinne einer Austauschplattform zu adäquaten ökonomischen Bedingungen zur Verfügung stellen. Gute Beispiele finden sich im Markteintritt, benötigen aber noch mutigere (berufs-) politische Unterstützung.



Susanne Guthoff-Hagen ist Inhaberin und Geschäftsführerin von sgh consulting.

Sie erwarb 1998 ihren Abschluss im Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg.

Zunächst arbeitete sie als Abteilungsleiterin für Integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme (DMP) bei der BKK LV Nord. Parallel dazu war sie im BKK Bundesverband an der Entwicklung der BKK DMP beteiligt. Ab 2002 war sie als Bereichsleiterin des Versorgungsmanagements und der Produktentwicklung in der Securivita BKK Hamburg tätig. 2006 übernahm sie für die AnyCare GmbH in Stuttgart die Projektleitung zu „Versorgungsmanagement unter Morbi-RSA“.

Bevor sie Inhaberin von sgh consulting wurde, arbeitete sie als Direktorin für Versorgungsmanagement bei der DtoD — Data-to-Decision AG in Hamburg.

Frau Guthoff-Hagen ist Mitglied in den Fachgesellschaften BMC, GQMG und DGBV.

Angelika Forster

AOK Nordwest

Effektivität von Selektivverträgen

In der Vergangenheit wurden häufig Selektivverträge umgesetzt, die weder qualitativ noch quantitativ evaluiert worden sind. Daher konnte der Nutzen der Verträge nicht bewertet werden. Aktuell wird in der GKV Erfahrungswissen im Sinne von „Lernen“ an bestehenden Versorgungsverträgen aufgebaut.

Auf der Grundlage von Analysen wird der Versorgungsbedarf identifiziert, und ein individueller Nutzen für den Patienten definiert. Zudem wird durch Koordination auf eine strukturelle Optimierung der Versorgungssituation hingewirkt und auf der Basis medizinischer Leitlinien und den regionalen Möglichkeiten entsprechend die Umsetzung festgelegter Behandlungspfade sichergestellt.

Am Beispiel einer Auswahl durchgeführter Selektivverträge der AOK Nordwest wird berichtet, welche Ziele indikationsbezogen relevant sein können und wie die Zielmessung methodisch umgesetzt wird. Weiterhin wird darüber informiert, welche Grenzen die Evaluierung mit Routinedaten der GKV hat und wie Vertragssteuerung und Vertragsweiterentwicklung erfolgreich sein kann. Es werden Hinweise zur methodischen Weiterentwicklung und zur Notwendigkeit einer transparenten und wettbewerbsunabhängigen Ergebnisdiskussion von Selektivverträgen gegeben, um die Voraussetzungen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsansätze durch Selektivverträge zu schaffen.



Angelika Forster ist Leiterin der Abteilung für besondere Versorgungsformen bei der AOK Nordwest. Nachdem sie ihr Studium zur Dipl.-Öcotrophologin in Kiel abgeschlossen hatte, war sie unter anderem als Dozentin sowie in einem Verein für Gesundheitsvor- und -nachsorge beschäftigt. Seit 1989 ist sie Mitarbeiterin der AOK-Die Gesundheitskasse in Schleswig-Holstein. Dort beschäftigte sie sich mit dem Auf- und Ausbau des Präventionsangebotes, mit der Durchführung und Evaluierung von Modellvorhaben zu Themen der Sekundär- und Tertiärprävention sowie mit der Begleitung von Rehabilitationsstudien in Zusammenarbeit mit der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Ab 2006 beteiligte sie sich an der Einführung der Disease-Management-Programme. Im Rahmen der Fusion zur AOK Nordwest ist sie seit 2010 verantwortlich für Selektivverträge, Strukturverträge und Verträge zur Optimierung der hausärztlichen Versorgung in den Regionen Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein.

Notizen

Veranstaltungsort

Auditorium Friedrichstraße
Kongresszentrum des IGES Instituts
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.auditorium-friedrichstrasse.de

Veranstalter

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com
