

# Einführung

Der zweite Teil „Krankheits- und Behandlungs-Monitoring“ bietet über das Schwerpunktthema hinaus fünf weitere Versorgungsanalysen. In deren Zentrum stehen Patienten mit epidemiologisch häufigen Erkrankungen oder Behandlungen. Die Beiträge informieren über die Häufigkeit betroffener und neu betroffener Menschen in Deutschland. Neben den Prävalenzen und Inzidenzen werden Therapien und Therapieverläufe berichtet und – wo möglich – Hinweise zur Qualität der Versorgung gegeben. Mit dem für den vorliegenden Versorgungs-Report erstmals erstellten Monitoring-Teil verbindet sich dabei die Erwartung, die vorgenommenen Analysen zu späteren Zeitpunkten erneut durchzuführen und weiterzuentwickeln, um so auch Veränderungen im Zeitverlauf zu beobachten.

Hier wie auch in den anderen Teilen des Buches bilden neben der Betrachtung und Diskussion der aktuellen Studienlage empirische Daten die Grundlage für die Analyse der realen Versorgungssituation in Deutschland. Administrative Daten von mehr als 24 Mio. AOK-Versicherten aus den Abrechnungsprozessen zwischen Krankenkassen, Kliniken, Ärzten, Apotheken und anderen geben die Chance, sektorenübergreifend Langzeitverläufe von großen Populationen ohne regionale Eingrenzung und ohne Beschränkung auf einen einzelnen Leistungssektor zu analysieren. So lassen sich beispielsweise Prävalenzen aus ambulanter und stationärer Behandlung, aber auch sektorenübergreifend ermitteln. Derartige Auswertungen auf Basis der Routinedaten bilden eine zentrale Ergänzung zur Durchführung kontrollierter Studien in der Versorgungsforschung. Neben den in diesem Report vorgestellten Versorgungsanalysen auf Basis von rund einem Drittel der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es für Deutschland keine anderen sektorenübergreifenden Untersuchungen, die auf einer derart großen Population aufsetzen.

Natürlich sind bei den hier vorgestellten Analysen die Grenzen der Belastbarkeit der Daten zu beachten. Das Aufsetzen auf den Routinedaten impliziert, dass man auf die Verlässlichkeit der Dokumentation durch die Leistungserbringer, beispielsweise die ambulante ärztliche Diagnosekodierung, angewiesen ist. Dies bedeutet, dass keine „tatsächlichen“ Prävalenzen und Inzidenzen ermittelt werden, sondern „dokumentierte“ Werte. Andererseits unterliegen Studienergebnisse, die den Anspruch erheben, den Aufgriff für Krankheitsbilder genauer zu standardisieren, im Regelfall diversen Einschränkungen und damit einer begrenzten Reichweite der Aussage, z. B. zur Prävalenz. Beide Perspektiven, Durchführung von wissenschaftlichen Studien auf einem hohen Evidenzlevel und die hier vorgenommene routinedatenbasierte Versorgungsanalyse, ergänzen sich notwendigerweise.

Es ist jeweils zu prüfen, inwieweit alters- und geschlechtsspezifische Kennzahlen der Population einer Krankenkasse auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet werden können. In vielen Fällen dürfte eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung Morbiditätsunterschiede zwischen den Krankenkassen ausreichend ausgleichen. Für manche Krankheitsbilder bestehen aber Studienhinweise, die auf relevante Abhängigkeit der Morbidität vom sozioökonomischen Status verweisen. Diesbezüglich gibt es Unterschiede zwischen den Versicherten der Krankenkassen.

Die in diesem Teil des Buches vorgestellten Versorgungsanalysen befassen sich mit Diabetes mellitus Typ 2, Rückenschmerzen, Herzinsuffizienz, der Herzkatheterversorgung und der Arzneimittelversorgung älterer Patienten. Ergänzende Erläuterungen zur Datengrundlage und den eingesetzten Methoden finden sich in Kapitel 11.

### **Diabetes mellitus Typ 2**

Der Diabetes mellitus zählt zu den häufigsten Stoffwechselerkrankungen in Deutschland. Für 2010 zeigt sich auf Basis der AOK-Daten eine Bevölkerungsprävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 von 9,8% (7,6 Mio. Betroffene). Die so ermittelte Prävalenz liegt damit für dieses Krankheitsbild etwas höher als in aktuellen Studien, was in der AOK-Versichertenstruktur begründet sein kann. Die jährliche Inzidenz liegt für beide Geschlechter bei 0,7%.

Die Erkrankung ist stark altersassoziiert; das Durchschnittsalter liegt bei 70 Jahren, größere geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen nicht. Auffällig ist im Ost-West-Vergleich eine höhere Prävalenz im Osten Deutschlands, was auch aus vorliegenden Studien bekannt ist.

Die Autoren beleuchten im Weiteren die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Arzneiverordnungen. Besondere Bedeutung kommt zudem den Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus zu, die die Autoren gleichfalls in den Blick nehmen. Potenzielle Langzeitschäden betreffen insbesondere Augen, Nieren, Nerven und das Herz-Kreislauf-System. Eine diabetische Folgeerkrankung weisen nach der vorliegenden Analyse 33,9% der Diabetikerpopulation auf. Hier sehen die Autoren noch Handlungsbedarf, der regional unterschiedlich ausgeprägt ist. Am häufigsten war bei den AOK-Patienten die diabetische Nephropathie mit einem Anteil von 17,8% der Fälle, gefolgt von Polyneuropathien und Retinopathien. Ein diabetisches Fußsyndrom gemäß DFS-Diagnosekodes im ICD lag im Berichtsjahr 2010 bei 2,7% der Fälle vor. Zu einer Amputation der unteren Extremitäten kam es bei 0,5% aller Typ-2-Diabetespatienten, bezogen auf die Patienten mit diabetischem Fußsyndrom waren dies 19%. (*Beitrag Müller/Heller/Freitag/Gerste/Haupt/Müller*)

### **Zeitliche Trends bei der Versorgung von Rückenschmerzpatienten**

Gemäß Rückenschmerzdefinition für den vorliegenden Beitrag waren im Jahr 2010 hochgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung 26,4% der Personen ab 18 Jahren von Rückenschmerz betroffen, d. h. 16,1 Mio. Menschen. Frauen trifft es häufiger als Männer, die höchsten Anteile im Altersverlauf werden bei den 55- bis 80-jährigen Personen beobachtet. In der Trendbeobachtung der Jahre 2006 bis 2010 zeigt sich eine leichte Zunahme der ärztlich dokumentierten und auf die Wohnbevölkerung hochgerechneten Rückenschmerzprävalenz um rund 6%. Die regionale ärztliche Dokumentation von Rückenschmerzen variierte auf der Ebene der Bundesländer 2010 von 23,7% Sachsen bis zu 28,9% in Berlin. Behandelt werden Rückschmerzen in erster Linie vom Hausarzt (83,6%), bei einem guten Drittel der Fälle (37,9%) lag eine fachspezifische Versorgung vor.

Wird auf der einen Seite weltweit immer wieder über- und Unterversorgung berichtet, so charakterisieren die Autoren die Evidenzlage im Bereich der bildgebenden Diagnostik und der Behandlungsverfahren als unsicher. Sie bewerten vor diesem Hintergrund das beobachtete Therapieschehen kritisch und konstatieren

Abweichungen von den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie. So trägt nach den vorliegenden Studien die Bildgebung nur wenig zur sinnvollen Therapiesteuerung bei, sie kann negative Effekte auf den Krankheitsverlauf haben und sollte auch unter strahlenhygienischen und ökonomischen Aspekten beschränkt werden. Kritisch bewertet werden auch die invasiven Injektionstherapien, für die eine Mengensteigerung zu verzeichnen, ein nachhaltiger Nutzen jedoch nicht nachgewiesen ist, wie auch der gestiegene Einsatz von Opioiden bei Rückenschmerz. Insgesamt fordern die Autoren zur gesundheitspolitischen Steuerung ein kontinuierliches Monitoring der Inanspruchnahme der Leistungen bei Rückenschmerzen, ihres Nutzens und der damit verbundenen Kosten. (*Beitrag Chenot/Haupt/Gerste*)

### **Arzneimittelversorgung älterer Patienten**

Bei den Menschen ab 65 Jahren ist vor dem Hintergrund alterstypischer Mehrfacherkrankungen Polymedikation weit verbreitet, zugleich erhalten die Patienten häufig potenziell ungeeignete Arzneimittel. Unerwünschte Interaktionen zwischen Wirkstoffen sowie potenziell ungeeignete Medikamente können zu unerwünschten Arzneimittelereignissen bis hin zum Tod führen. Von den älteren Patienten ab 65 Jahren erhielten 2011 35,9% (6,1 Millionen Menschen) fünf oder mehr Arzneimittel (Polymedikation) und 26,4% (4,5 Millionen Menschen) wurde mindestens ein potenziell ungeeignetes Arzneimittel der PRISCUS-Liste verordnet. Die Autoren fordern dazu auf, die Therapie im Alter sicherer zu machen; die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung verleiht dieser Forderung Nachdruck. Dass hier Handlungsspielräume bestehen, zeigt sich etwa in den starken Unterschieden zwischen den Anteilen von Patienten, die potenziell inadäquate Arzneimittel erhalten haben: Die Spanne reicht von 19,2% in Brandenburg bis 27,5% in Rheinland-Pfalz. Zur Umsetzung können beispielsweise evidenzbasierte Leitlinien, ärztliche Qualitätszirkel sowie eine Pharmakotherapieberatung für Ärzte beitragen, die die Belange älterer Menschen thematisiert. Zentraler Ansprechpartner dieser Maßnahmen sind die Ärzte in der hausärztlichen Versorgung, die rund 88% der Tagesdosenverordnungen an die betrachteten älteren Menschen verantworten. (*Beitrag Thürmann/Selke*)

### **Herzinsuffizienz: Epidemiologie und Versorgung**

Die Herzinsuffizienz, etwa in der Hälfte der Fälle Folge einer koronaren Herzkrankheit, geht mit hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken einher. In der betrachteten AOK-Population sind 89% aller Patienten mit Herzinsuffizienz 65 Jahre und älter, das Durchschnittsalter liegt bei 78 Jahren.

Auf Basis der AOK-Versichertenstruktur, alters- und geschlechtsstandardisiert hochgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung, ermittelten die Autoren für 2010 eine Jahresprävalenz von 4,7% (Männer: 4,2% und Frauen 5,0%). Die regionalen Prävalenzunterschiede sind dabei beachtlich, sie reichen auf Bundeslandebene von 3,8% in Bremen bis zu 5,6% im Saarland.

Im Vergleich mit internationalen Studien sind die vorliegenden hochgerechneten Prävalenzen hoch, was – wie schon bei den anderen betrachteten Krankheitsbildern angemerkt – u. a. in der Diagnosestellung in der Routineversorgung und in Merkmalen der AOK-Versichertenstruktur jenseits von Alter und Geschlecht begründet sein kann.

Fast alle Patienten mit Herzinsuffizienz werden von einem Hausarzt behandelt, rund ein Drittel zusätzlich von einem gebietsärztlich tätigen Internisten. 57% der Patienten haben sich 2010 einer vollstationären Behandlung unterzogen, ein knappes Viertel der Patienten war wegen einer kardialen Hauptdiagnose hospitalisiert. Im Mittel erhielten die Herzinsuffizienz-Patienten im Laufe des Jahres 34 Arzneimittelpackungen verordnet. Die durchschnittlich verordnete Menge an Tagesdosen reicht aus, diese Patienten mit sechs Medikamenten in Dauertherapie zu halten. Dies verweist auch von Seiten der Arzneimitteltherapie eindrucklich auf die in vielen Fällen vorliegende Multimorbidität und zu bewältigende Polypragmasie-Problematik.

Bei der konkreten medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz sehen die Autoren mit Blick auf die Studienlage und die Nationale Versorgungsleitlinie noch Verbesserungspotenziale. Die hohe Hospitalisierungsrate spreche für den notwendigen Ausbau flächendeckender Case-Management-Programme im hausärztlichen Sektor. (*Beitrag Kaduszkiewicz/Gerste/Eisele/Schäfer/Scherer*)

### **Indikation, Prognose und regionale Unterschiede der Herzkatheterversorgung in Deutschland**

Der fünfte Beitrag des Monitoring-Teils widmet sich der Herzkatheterversorgung in Deutschland. Im Untersuchungszeitraum 2010 haben 1,1% der AOK-Versicherten mindestens eine Herzkatheterleistung erhalten. Von insgesamt 309 461 Fällen entfielen 36,7% auf interventionelle Katheter (PCI), bei stationären Patienten lag der Anteil bei 41,0%. Erwartungsgemäß deutlich höher lagen bei den Krankenhauspatienten die PCI-Anteile bei Patienten mit Herzinfarkt (73%) und kardiogenem Schock (67%), während der Anteil bei Patienten mit Herzinsuffizienz (37%) unterdurchschnittlich ausfiel.

Die Rate der Katheterleistungen variiert auf Ebene der 96 Raumordnungsregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung stark. Sie reicht von 180,2 je 10 000 AOK-Versicherte in Oberfranken-West (Bayern) bis 58,9 in Schleswig-Holstein Nord (nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung). Auch der PCI-Anteil an allen Herzkatheteruntersuchungen unterscheidet sich erheblich; er reicht von 27,3% in Lüneburg bis 47,9% in Berlin. Dabei sind diese Parameter grundsätzlich auch für die Qualitätsbewertung relevant: Eine niedrige PCI-Rate bei relativ hoher Menge an Herzkatheteruntersuchungen kann z. B. auf eine weite Indikationsstellung verweisen.

Auffällig ist auch, dass in einem Land, das im europäischen Vergleich eine der höchsten Herzkatheter-Raten und PCI-Anteile aufweist, beide Parameter von 2004 bis 2010 weiter deutlich zugenommen haben. Die Zunahmen beliefen sich bei allen Herzkathetern auf 27% und bei den PCIs auf 38%.

Insgesamt zeigt sich für Deutschland auf hohem Mengenniveau eine deutliche Ausweitung invasiver Diagnostik und Therapie mit starken regionalen Unterschieden. Letztere können teilweise Folge regionaler Morbiditätsunterschiede sein, doch dürften auch die Zunahme und Verteilung katheterführender Einrichtungen wesentlich dazu beitragen. (*Beitrag Möckel/Searle/Jeschke*)