

Angemessenheit invasiver kardiologischer Leistungen

Professor Dr. med. R. Schröder^A, Dr. med. H.-F. Spies^B, Dr. med. H. Herholz, MPH^C,
Professor Dr. med. Günther Ollenschläger^D

Einleitung

In Deutschland werfen Kassenvertreter in regelmäßigen Abständen den Ärzten vor, sie würden zu viele Leistungen erbringen, die gar nicht nötig wären. Im Kreuzfeuer steht dabei besonders häufig die Kardiologie. Schnell wird der Vorwurf der Verschwendung von Kassengeldern erhoben und dies am Anstieg der Zahl der Herzkatheter-Untersuchungen (LHK) und Ballondilatation (PTCA) festgemacht¹. Die Frage der Angemessenheit von Herzkatheteruntersuchungen wird derzeit erneut diskutiert, ausgelöst durch die scharfe Kritik der beiden Berliner Kardiologen Dismann und De Ridder, die kürzlich im *Lancet*² erschien. Ihr Vorwurf: Invasive Diagnose- und Therapiemaßnahmen haben ein unvertretbares Ausmaß erreicht, die Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen existiert praktisch nicht und auf dem Gebiet der Sekundärprävention besteht eine erhebliche Unter- bzw. Fehlversorgung.

Wer immer derartige Vorwürfe erhebt tut gut daran, diese mit Daten zu belegen. Genau hier eröffnet sich jedoch ein großes Problem: Im Zentrum der Kritik stehen Daten der deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), die von den Autoren mit mangelnder Seriosität heftig angegriffen werden. Die DGK behauptet beispielsweise in ihrem Bericht, daß die Indikation zur PTCA in 80 % aller Fälle angemessen sei und begründet diese Feststellung mit Daten des Registers der Arbeitsgemeinschaft Leitender kardiologischer Krankenhausärzte (ALKK). Die Repräsentativität dieses Registers ist jedoch mit Recht in Frage gestellt, da nur solche Kliniken Daten liefern, die freiwillig dazu bereit sind und es sich selbst bei diesen Kliniken nicht notwendiger-

weise um eine Vollerhebung handelt. Erst durch die Einführung des Pflichtdatensatzes der BQS änderte sich ab dem 1. Januar 2001 etwas an der grundsätzlichen Problematik. Zwar sind seitdem Vollerhebungen in ganz Deutschland üblich, doch verfügt diese Datenbank bislang über einen lediglich geringen Zeitrahmen.

Qualitätssicherung in Hessen

Im ambulanten Bereich stellt sich die Situation weitaus besser dar – zumindest in Hessen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat seit 1997, aufbauend auf den Vorarbeiten der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Krankenhausärzte und des Bundes niedergelassener Kardiologen, ein Qualitätssicherungs-System flächendeckend und im Sinne einer Vollerhebung für Linksherzkatheter-Untersuchungen und coronare Interventionen eingeführt. Nach einer zweijährigen Validierungsphase wurde die Teilnahme an diesem Qualitätssicherungs-Programm 1997 verbindlich vorgeschrieben. Zweifel an der Repräsentativität der Daten ergeben sich demnach hier – anders als im stationären Bereich – nicht. Die Teilnahme am Qualitätssicherungs-Programm ist Voraussetzung für die Vergütung der gesamten medizinischen Leistung. Zur Überprüfung der Validität der dokumentierten Daten erfolgen mindestens ein Mal jährlich Besuche in allen teilnehmenden Herzkatheterlabors durch von der Kassenärztlichen Vereinigung bestellte sogenannte Monitore.

Die Dokumentation geschieht EDV-gestützt per Erfassungsprogramm auf einer Diskette, die quartalsweise durch die KV-Hessen ausgewertet wird. Die teilnehmenden Praxen erhalten kurz-

fristig ein Feedback in Form eines Benchmarking-Berichtes. Tabellarische und graphische Analysen geben ausführlich Auskunft, wie die einzelne Praxis im Vergleich zu allen hessischen Herzkatheter-Labors steht. Mindestens ein Mal im Quartal tagt eine vom Vorstand der KV Hessen berufene Kommission, welche die Daten kritisch bewertet. Zu den Aufgaben der Kommission gehört auch die Unterbreitung von Vorschlägen zur Qualitätsverbesserung gegenüber dem Vorstand bei Vorliegen von Qualitätsdefiziten. Darüber hinaus ist eine regelmäßige Patienten-Nachbefragung ein weiterer Bestandteil des Qualitätssicherungs-Programms. Hier geht es nicht nur um die Zufriedenheit der Patienten mit der diagnostischen und therapeutischen Intervention, sondern auch um die Erfassung von Spätkomplikationen.

Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Versorgungsebene

Bei der Diskussion über die Angemessenheit von Herzkatheter-Untersuchungen ist also genau zu unterscheiden, über welche Versorgungsebene gesprochen wird – den ambulanten Versorgungsbereich oder den stationären Bereich. Nach wie vor wird die überwiegende Mehrzahl aller Herzkatheter-Untersuchungen im stationären Bereich durchgeführt. Obwohl hier häufiger Herzkatheter-Untersuchungen durchgeführt werden, stellt sich die Datenlage im stationären Bereich aus den oben geschilderten Gründen schlechter dar. Das Beispiel Hessen zeigt, daß eine Kassenärztliche Vereinigung in der Lage ist, flächendeckend eine Qualitätssicherung im Sinne einer Totalerhebung durchzuführen. Zudem ist die Kassenärztliche Vereinigung in



der Lage, unmittelbare Konsequenzen aus den Qualitätssicherungsdaten zu ziehen. Die Koppelung von Vergütung und Qualitätssicherung hat sich in Hessen bewährt. Die konkrete Diskussion über die Notwendigkeit invasiver kardiologischer Leistungen ist jedoch ein Anlaß für allgemeine, grundsätzliche Gedanken³ zur Angemessenheit medizinischer Leistungen.

Unterscheidung zwischen Effektivität und Angemessenheit

In der Diskussion um die Angemessenheit von Leistungen werden oft die Begriffe *Effektivität* und *Angemessenheit* verwechselt und häufig unter der irri- gen Vorstellung, daß es sich um in ihrer Bedeutung identische Begriffe handelt, wechselseitig gebraucht.

Im Sinne eines modernen Qualitätsmanagements ist *Effektivität* zu definieren als das Ausmaß, in dem eine Intervention den Gesundheitsstatus einer definierten Patientenpopulation verbessert. Unter dem Begriff *Angemessenheit* hingegen wird das Ausmaß verstanden, inwieweit eine Intervention die Gesundheit eines bestimmten Patienten verbessert⁴.

Effektivität ist somit ein statistisches Konzept, Angemessenheit ein Urteil.

Angemessenheit bedeutet im allgemeinen Sinne die richtige Leistung zum richtigen Zweck, passend zur speziellen Situation, dem Patienten und Ort gerecht werdend. Sinnvolle Aussagen zur Beurteilung der Angemessenheit sind jedoch nur möglich, wenn entsprechende Kriterien klar formuliert vorliegen. Dadurch wird deutlich, daß Aussagen zur Angemessenheit stets komplex sind und verschiedene Aspekte vereinigen.

Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit

Aus Sicht der Qualitätssicherung wäre also die optimale Lösung eine Begutachtung der Indikation im Einzelfall – analog der Qualitätssicherungsverfahren der KV Hessen für die Bereiche LDL-Apharese oder Methadonsubstitution. Allerdings liegen in den beiden

vorgenannten Bereichen wesentlich geringere Fallzahlen zu Grunde, so daß dieser Qualitätssicherungsansatz mit noch vertretbarem administrativem und finanziellem Aufwand durchgeführt werden kann.

Es muß daher versucht werden, mit dem vorhandenen Datensatz Qualitätssicherung zu betreiben, um auch zu Aussagen bzgl. der Angemessenheit der kardiologischen Leistungen zu gelangen. Ein Indikator ist dabei die Rate an Normalbefunden bei Herzkatheteruntersuchungen.

Die Rate lag im Dokumentationszeitraum 1. Januar 2001 bis 31. Dezember 2001 bei 13,6 %. Verglichen mit anderen Registern erscheint diese Rate niedrig. Es muß jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß in der Literatur derzeit kein Hinweis bzgl. einer eindeutigen Definition eines akzeptablen Prozentsatzes von Normalbefunden im Untersuchungskollektiv existiert. Die Kritik – das Fehlen von eindeutig belegbaren akzeptablen Raten bei Qualitätsindikatoren in der Literatur – bezieht sich auch auf weitere mögliche Indikatoren wie beispielsweise die Rate von pathologischen Belastungs-EKG-Vorbefunden bei Herzkatheteruntersuchungen. Die entscheidende Frage lautet: Wie groß ist die gewünschte diagnostische Sicherheit, um eine bedeutsame, unter Umständen lebensbedrohliche Erkrankung auszuschließen? Wie viel diagnostische Fehler und damit unterlassene notwendige Behandlungen ist man bereit in Kauf zu nehmen, nur um einen besonders hohen oder niedrigen Prozentsatz eines bestimmten Indikators zu erreichen?

Die Antworten auf diese Fragen werden größtenteils mehr implizit als explizit gegeben. Ländervergleiche sind daher gefährlich. Aber selbst da, wo die Entscheidung explizit gefällt wird, spiegelt sie ein Werturteil wieder⁵. Es verwundert nicht, daß in einem staatlichen Gesundheitssystem wie beispielsweise in Großbritannien, das Werturteil anders ausfällt als in Deutschland. Auch dieses Beispiel verdeutlicht, daß wir uns erst am Anfang

einer Diskussion über die Frage der Angemessenheit invasiver kardiologischer Leistungen befinden. Neue diagnostische Verfahren in der Kardiologie, wie beispielsweise die Darstellung der Coronararterien mittels Kernspintomographie, lassen das Problem erneut deutlich werden. Die Wertigkeit von diagnostischen Untersuchungsmethoden, die notwendige Reihenfolge ihres Einsatzes und die Frage des Grenznutzens sind Punkte, die bislang nicht hinreichend wissenschaftlich behandelt wurden.

Aspekt Ausschlußdiagnostik

Ein weiterer Aspekt ist der steigende Stellenwert der Ausschlußdiagnostik. Bei der Beurteilung der Notwendigkeit von Herzkatheter-Untersuchungen zeigt sich immer mehr, daß ein verengter Blickwinkel der Beurteilung nicht gerecht wird. Bei der Beurteilung der Angemessenheit von Herzkatheter-Untersuchungen darf die Frage nicht lediglich darauf verengt werden, ob eine mittels PTCA dilatierbare Stenose vorliegt oder nicht, sondern ob generell eine coronare Herzerkrankung vorliegt. Der Ausgangspunkt bisheriger Überlegungen lag zu sehr auf dem möglichen anschließenden therapeutischen Weg. In den letzten Jahren haben sich jedoch mehr und mehr neue Fragestellungen ergeben, beispielsweise beim Einsatz von CSE-Hemmern, Antiarrhythmika und weiteren Medikamenten, bei denen eine Ausschlußdiagnostik notwendig wird. Dieser erweiterte Blickwinkel zur Frage der Angemessenheit von Herzkatheter-Untersuchungen läßt die Ausschlußdiagnostik in einem anderen Licht erscheinen. Leider muß die Ausschlußdiagnostik derzeit noch invasiv erfolgen. Das kann sich jedoch mittelfristig durch den Einsatz neuer bildgebender Verfahren ändern. Wie schwierig die Bewertungen von diagnostischen Tests im Sinne der Angemessenheit und Kosteneffektivität ist, zeigte erst kürzlich eine amerikanische Arbeitsgruppe^{6,7}. Die Gründe liegen vor allem in den Problemen der

Methodik: So ist die Zahl der hinzugewonnenen, qualitativ verbesserten Lebensjahre nach einer diagnostischen Maßnahme weitaus schwieriger zu ermitteln als nach einer therapeutischen Maßnahme. Die Autoren betonten, daß die Folgerungen aus ökonomischen Analysen ganz unterschiedlich ausfallen können. Hier ist der Blickwinkel entscheidend: Je nach dem, ob ein Kliniker oder ein Gesundheitspolitiker die Analyse betrachtet, stehen einmal mehr die Zufriedenheit des Patienten und der sogenannte „Beruhigungs-Wert“ (Reassurance-Value) der Patienten im Vordergrund, zum anderen mehr die Kosten der diagnostischen Maßnahme.

Evidenz basierte Medizin in der Kardiologie

Aber es gilt noch einen weiteren grundsätzlichen Aspekt bei der Diskussion der Angemessenheit von Herzkatheter-Untersuchungen zu bedenken. Die Kardiologie ist sicher ein Bereich der Medizin, die für die evidenzbasierte Medizin gute Daten liefert.

Gerade am Beispiel der Kardiologie läßt sich verdeutlichen, was evidence based medicine bedeutet. Die Möglichkeit, sich schnell und gut auf meßbare Dinge zu stützen wie Stenosegrade und morphologische Änderungen hat dazu geführt, daß Faktoren wie die Lebensqualität vernachlässigt wurden⁸. Andere Bereiche der Medizin, die sich weniger morphologisch orientiert zeigten, haben viel früher Lebensqualitätsstudien durchgeführt oder Beschwerde-Indizes benutzt. Dadurch ergab sich die Situation, daß zahlreiche Kardiologen zwar durch ihre langjährigen Erfahrungen davon überzeugt sind, daß nicht nur die Lebenserwartung, sondern insbesondere auch die Lebensqualität ihrer Patienten zugenommen hat, dieser Umstand jedoch bislang zu wenig dokumentiert wurde. Hier ist dringende Aufholarbeit in der Kardiologie festzustellen.

Darüber hinaus werden von den im Bereich der KV Hessen niedergelassenen Kardiologen die Empfehlungen zur Primär- und Sekundärprävention konsequent umgesetzt. So verläßt kein einziger Patient mit einer coronaren Herzkrankheit eine kardiologische Praxis oder aber eine belegärztliche Klinikabteilung, ohne daß über die einschlägigen Risikofaktoren intensiv gesprochen wurde oder daß die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet worden wären.

Auch der Vorwurf einer zu langen stationären Behandlung trifft sicherlich nicht in erster Linie kardiologisch geführte Abteilungen: Die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthaltes in einer belegärztlich geführten kardiologischen Abteilung beträgt zwei bis drei Tage. Dies schließt Patienten mit Herzinsuffizienz, Herzinfarkt und Endokarditis ein. Im Durchschnitt werden Patienten mit unkompliziertem Herzinfarkt nach fünf bis sieben Tagen, solche mit einem komplizierten Verlauf nach sieben bis zehn Tagen entlassen. Oftmals ist die Verweildauer nur darauf zurückzuführen, daß die Kostenträger bei der Organisation der stationären Rehabilitationsmaßnahmen nicht adäquat und zügig mitarbeiten.

Valide Daten gibt es nur in Hessen!

Es bleibt festzuhalten, daß alleine in Hessen valide Daten verfügbar sind, die eine seriöse Diskussion zur Frage der Angemessenheit von invasiven kardiologischen Leistungen erlauben. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat durch die Koppelung der Vergütung an die Einreichung der Qualitätssicherungsdaten, durch strikte Monitorbesuche in den Praxen sowie durch eine Kommissionsarbeit mit Beurteilung der Daten dafür gesorgt, daß ein in Deutschland einmaliger Datenpool entsteht. Die in den zurückliegenden Jahren ausgewerteten Daten sind schlüssig und zeigen eine grundsätzliche Tendenz für die Diagnostik einer coronaren Herzkrankheit auf.

Autoren des Artikels:

- ^A Professor Dr. med. Rainer Schröder, FSCAI, Kardiologe, Chefarzt im Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Straße 2, 60431 Frankfurt
- ^B Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Kardiologe, 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt
- ^C Dr. med. Harald Herholz, MPH, Stabsstelle Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt
- ^D Professor Dr. med. Günther Ollenschläger, Geschäftsführer der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung, Aachener Straße 233-237, 50931 Köln

Literatur:

- ¹ Bruckenberger E., Herzbericht 1999; Bericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder, Hannover 2000
- ² Dissmann W., de Ridder M., Lancet 2002, 359, 2027
- ³ Naylor CD. What is appropriate care? N Engl J Med 1998; 339; 1918-20
- ⁴ Bausch J; Herholz H; 1998 Indikation und Qualitätssicherung – Angemessenheit der Leistungen versus Ergebnisorientierung bei Qualitätssicherungs-Programmen aus Sicht des niedergelassenen Arztes - Hessisches Ärztebl 1:12-21
- ⁵ Callahan D.: Ethics and Priority Setting in Oregon: Health Affairs 1991;78-87
- ⁶ Muschlin, A.I.; Ruchlin, H.S.; Callahan M.A.: Costeffectivnes of diagnostic tests: Lancet 2001;358:1353-55
- ⁷ Laszlo, G.: Costeffectivnes of diagnostic tests: Lancet 2002;359:1065
- ⁸ Lehman, A.F.: Measuring Quality of Life in a Reformed Health System. Health Affairs 1995:90-101

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. Zuerst erschienen in der Ausgabe I/2003

**Lösungswort des
Kreuzworträtsels von Seite 17,
Ausgabe I/2003**

L A S E G U E