

Kurzfassung

Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 17.12.2009 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, eine Recherche nach Leitlinien zum Thema Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit (KHK) durchzuführen. Die hierbei aus evidenzbasierten Leitlinien extrahierten Empfehlungen dienen als Grundlage der gesetzlich festgelegten regelmäßigen Aktualisierung des DMP-Moduls Herzinsuffizienz.

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, durch eine systematische Recherche nach neuen thematisch relevanten evidenzbasierten Leitlinien und durch die Synthese der Leitlinienempfehlungen einen potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf des bestehenden DMP-Moduls Herzinsuffizienz zu spezifizieren.

Die Untersuchung gliederte sich in folgende Arbeitsschritte:

- Recherche und Auswahl aktueller Leitlinien zum Thema Herzinsuffizienz bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)
- Bewertung der methodischen Qualität der ausgewählten Leitlinien
- Extraktion und Synthese von Leitlinienempfehlungen, die für das bestehende DMP-Modul Herzinsuffizienz relevant sind
- Kennzeichnung von Empfehlungen, die ggf. einen Überarbeitungsbedarf des DMP begründen

Methoden

Über die Leitliniendatenbanken der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), des Guidelines International Network (G-I-N) und des National Guideline Clearinghouse (NGC) sowie die Suche bei fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern wurde eine Recherche nach themenspezifischen Leitlinien im Internet durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte eine Suche in den bibliografischen Datenbanken MEDLINE und EMBASE. Der Publikationszeitraum beginnt mit dem Jahr 2005 und umfasst den Zeitraum bis Juli 2011. Ein weiteres Einschlusskriterium war neben den Sprachen Deutsch, Englisch und Französisch das Land, in dem die Leitlinien erstellt wurden. Gemäß dem Auftrag sollten nur Leitlinien recherchiert und ausgewählt werden, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Zur Operationalisierung der Übertragbarkeit von Leitlinien auf das deutsche Gesundheitswesen wurde das Stratum A der Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) genutzt. Die dokumentierte Evidenzbasierung einer Leitlinie war ein weiteres wesentliches Einschlusskriterium. Unter evidenzbasierten Leitlinien werden im folgenden Bericht Leitlinien verstanden, deren Empfehlungen auf einer systematischen

Literaturrecherche beruhen, deren Empfehlungen grundsätzlich mit einer Evidenz- und / oder Empfehlungseinstufung (Level of Evidence [LoE] und / oder Grade of Recommendation [GoR]) versehen und deren Empfehlungen mit den Referenzen der ihnen zugrunde liegenden Primär- und / oder Sekundärliteratur verknüpft sind.

Die eingeschlossenen Leitlinien wurden mithilfe des Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)-Instrumentes durch jeweils 2 voneinander unabhängige Reviewer methodisch bewertet.

Die für die Fragestellung relevanten Empfehlungen wurden extrahiert und den Versorgungsaspekten der Anlage 5a der 20. Risikostrukturausgleichsänderungsverordnung (RSA-ÄndV) vom 23.06.2009 zugeordnet. Schließlich erfolgten eine Synthese der extrahierten Empfehlungen nach den Gliederungspunkten der Anlage 5a der RSA-ÄndV und ein Abgleich mit den Anforderungen des DMP-Moduls Herzinsuffizienz.

Für die Identifizierung eines potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarfs wurde wie folgt vorgegangen: Bei Empfehlungen, die inhaltlich konsistent und mehrheitlich mit hohem Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad versehen sind, wurde ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf festgestellt. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf wurde bei Empfehlungen zur Diskussion gestellt, die in verschiedenen Leitlinien inhaltlich konsistent und mindestens teilweise mit einem hohen Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad belegt sind. Auch wenn neue Aspekte für das DMP von nur einer einzelnen Leitlinie dargelegt werden und mit hohem Empfehlungs- bzw. Evidenzgrad versehen sind, wurde ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zur Diskussion gestellt. Dabei wurden für alle Leitlinien mit ihren unterschiedlichen Graduierungssystemen die beiden höchsten Empfehlungs- bzw. Evidenzgrade berücksichtigt. Darüber hinaus wurde ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf nur dann zur Diskussion gestellt, wenn das entsprechende Thema nicht bereits durch das übergeordnete DMP KHK abgebildet wird.

Empfehlungen, die weder einen GoR noch einen LoE aufwiesen, wurden zur Identifizierung eines potenziellen Aktualisierungs- oder Ergänzungsbedarf nicht herangezogen und auch nicht in die Synthese (Abschnitt 5.4) aufgenommen.

Darüber hinaus wurde im Falle eines potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarfs bezüglich eines Gliederungspunktes der Anlage 5a der RSA-ÄndV die indikationsspezifische Verordnungsfähigkeit der in den Leitlinien genannten Medikamente für Deutschland überprüft.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 27 evidenzbasierte Leitlinien eingeschlossen, bewertet und deren Empfehlungen extrahiert. Die eingeschlossenen Leitlinien wurden von Institutionen aus Deutschland (n = 3) und Europa (n = 11) sowie von Institutionen aus den USA (n = 8) und Kanada (n = 5) herausgegeben. 2 Leitlinien sind im Rahmen einer Zusammenarbeit der

amerikanischen Fachgesellschaften American College of Cardiology und American Heart Association sowie der europäischen Fachgesellschaft European Society of Cardiology entstanden.

Von 27 eingeschlossenen Leitlinien widmeten sich 10 Leitlinien der Diagnostik und Therapie von Patienten mit Herzinsuffizienz (DEGAM 2006, NVL 2009, ESC 2008, SIGN HF 2007, AACC 2007, ACC / AHA 2009, CCS 2007, CCS 2006, HFSA 2010, ICSI 2009). 1 deutsche Leitlinie befasste sich ausschließlich mit der medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz (AkdÄ 2007). 7 Leitlinien befassten sich mit der Behandlung von atrialen und ventrikulären Herzrhythmusstörungen (ESC AF 2010, ESC DE 2010, NCCCC 2006, SIGN AR 2007, ACC / AHA AF 2011, ACC / AHA 2006, CCS MR 2011). 15 Leitlinien thematisierten spezielle interventionelle Verfahren (NVL 2009, ESC 2008, ESC 2007, ESC AF 2010, ESC DE 2010, ESC RE 2010, SIGN AR 2007, SIGN HF 2007, ACC / AHA 2009, ACC / AHA 2008, ACC / AHA 2006, ACC / AHA AF 2011, CCS 2006, CCS HF 2011, HFSA 2010). Andere Leitlinien behandelten spezifische Aspekte der Herzinsuffizienz (z. B. Biomarker [AACC 2007]).

Die methodische Bewertung mit dem AGREE-Instrument ergab Folgendes: Die höchsten standardisierten Domänenwerte wurden in den Domänen 1 (Geltungsbereich und Zweck), 3 (Methodologische Exaktheit), 4 (Klarheit und Gestaltung) und 6 (Redaktionelle Unabhängigkeit) erreicht. Der höchstmögliche standardisierte Domänenwert wurde 2-mal in der Domäne 1 (Geltungsbereich und Zweck) (DEGAM 2006 und NCCCC 2006) und 6-mal in der Domäne 6 (Redaktionelle Unabhängigkeit) (DEGAM 2006, ESC AF 2010, ESC DL 2011, ESC RE 2010, ACC / AHA 2008, CCS HF 2011) vergeben. Der niedrigstmögliche standardisierte Domänenwert wurde in der Domäne 5 (Anwendbarkeit) 1-mal (HFSA 2010) vergeben.

Bei allen eingeschlossenen Leitlinien wurden diejenigen Empfehlungen identifiziert und entsprechend extrahiert, die sich inhaltlich einem der Versorgungsaspekte der Gliederungspunkte 1.1 bis 1.6 und 4.2 der Anlage 5a der RSA-ÄndV zuordnen ließen.

Die Empfehlungen der in den Bericht eingeschlossenen 27 Leitlinien sind im Vergleich zu den Anforderungen der Anlage 5a der 20. RSA-ÄndV vom 23.06.2009 bei den jeweiligen Versorgungsaspekten überwiegend ausführlicher. Die eingeschlossenen Leitlinien behandeln fast alle relevanten Aspekte der medizinischen Versorgung der Herzinsuffizienz bei KHK-Patienten. Die Empfehlungen der Leitlinien stimmen mit den Anforderungen der Anlage 5a der RSA-ÄndV im Wesentlichen überein. Für einige Bereiche der Anlage 5a der RSA-ÄndV finden sich jedoch Abweichungen zu den Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien. Diese Abweichungen werden zuerst beschrieben. Danach werden die Gliederungspunkte aufgeführt, zu denen sich kein Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf ergibt. Schließlich wird auf Gliederungspunkte eingegangen, für die, basierend auf dem vorliegenden Bericht, keine Angaben zum potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf gemacht werden können.

Für die folgenden Punkte wurde ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf identifiziert:

Gliederungspunkt 1.4 „Therapeutische Maßnahmen“: 3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur Therapie der arteriellen Hypertonie. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Es ergibt sich für die Therapie der arteriellen Hypertonie ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf.

Gliederungspunkt 1.4.1 „Allgemeine nichtmedikamentöse Maßnahmen“: 4 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur Therapie der Schlafapnoe bei Patienten mit Herzinsuffizienz und beinhalten damit im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Diese Empfehlungen zu allgemeinen nichtmedikamentösen Maßnahmen sind bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Es besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf bezüglich der Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms.

Mehrere Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur körperlichen Aktivität. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. 4 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur Beratung bezüglich der sexuellen Aktivität. Die Empfehlungen zur Beratung bezüglich der sexuellen Aktivität sind bisher nicht Bestandteil der RSA-ÄndV. Hierfür besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf.

Mehrere Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zu Impfungen gegen Influenza. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Empfehlungen zu Impfungen sind bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Es besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf für Impfungen gegen Influenza.

3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zum Umgang mit älteren Herzinsuffizienzpatienten. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Der Umgang mit älteren Herzinsuffizienzpatienten ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Es besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf für den Umgang mit älteren Patienten.

Gliederungspunkt 1.4.2 „Medikamentöse Therapie“: 3 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur Behandlung des Diabetes mellitus bei Patienten mit Herzinsuffizienz. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Die Behandlung des Diabetes ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Es besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf bezüglich der Behandlung des Diabetes mellitus.

Gliederungspunkt 1.4.3 „Spezielle interventionelle Maßnahmen“: 5 Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur Therapie mit Herzschrittmachern. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Dieser Punkt ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Es besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf für die Herzschrittmachertherapie.

4 Leitlinien empfehlen mit mehrheitlich hohem GoR die elektrische Kardioversion für symptomatische Patienten mit Vorhofflimmern. Auch dieser Punkt ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV, deshalb ergibt sich für die elektrische Kardioversion ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf.

Gliederungspunkt 1.4.3.1 „Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)“: Mehrere Leitlinien geben mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur CRT. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur RSA-ÄndV aber zusätzliche Empfehlungen. 4 Leitlinien empfehlen mit mehrheitlich hohem GoR bzw. LoE die CRT bei Patienten mit Vorhofflimmern. Die CRT bei Vorhofflimmern ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Es besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf bezüglich der CRT bei Vorhofflimmern.

Für die folgenden Punkte ist ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu diskutieren:

Gliederungspunkt 1.4.1 „Allgemeine nichtmedikamentöse Maßnahmen“: Mehrere Leitlinien geben mit uneinheitlichem GoR bzw. LoE Empfehlungen zu Impfungen gegen Pneumokokken. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Empfehlungen zu Impfungen sind bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf kann für die Impfung gegen Pneumokokken diskutiert werden.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichem GoR bzw. LoE Empfehlungen zu Reisen. Die Leitlinien beinhalten damit im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Auch Beratungen zu Reisen sind bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf kann für Beratungen zu Reisen diskutiert werden.

Mehrere Leitlinien geben mit uneinheitlichem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Die psychosomatische Grundversorgung von Herzinsuffizienzpatienten ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf kann dafür diskutiert werden, weil dieser Aspekt nicht explizit im übergeordneten DMP KHK, Gliederungspunkt 1.5.1.4, erwähnt wird.

1 Leitlinie gibt mit hohem LoE Empfehlungen zur Prüfung der Erwerbsfähigkeit nach Erstdiagnose einer Herzinsuffizienz. Die Leitlinie beinhaltet im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Die Erwerbsfähigkeit ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf kann für die Prüfung der Erwerbsfähigkeit nach Erstdiagnose einer Herzinsuffizienz diskutiert werden.

Gliederungspunkt 1.4.2 „Medikamentöse Therapie“: 2 Leitlinien geben mit uneinheitlichem GoR bzw. LoE Negativempfehlungen zur Langzeittherapie mit positiv inotropen Substanzen. Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur Anlage 5a der RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Diese Medikamente sind bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Hier kann ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf diskutiert werden.

2 Leitlinien geben mit uneinheitlichem GoR bzw. LoE Empfehlungen zur medikamentösen Kardioversion mit Amiodaron (siehe dazu auch Fußnote 11). Die Leitlinien beinhalten im Vergleich zur RSA-ÄndV zusätzliche Empfehlungen. Die medikamentöse Kardioversion mit Amiodaron ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf kann dafür diskutiert werden.

Gliederungspunkt 1.4.3 „Spezielle interventionelle Maßnahmen“: 1 Leitlinie empfiehlt mit höchstem GoR für Patienten nach Herztransplantation medizinische Vorsichtsmaßnahmen. Die Betreuung von Patienten nach Herztransplantation, die zuvor wegen einer Herzinsuffizienz ins DMP-Modul Herzinsuffizienz aufgenommen wurden, ist bisher nicht Bestandteil der Anlage 5a der RSA-ÄndV. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf kann diskutiert werden.

Für die folgenden Punkte ergab sich kein Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf:

Gliederungspunkt 1.2 „Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe“

Gliederungspunkt 1.3 „Therapieziele“

Gliederungspunkt 1.4 „Therapeutische Maßnahmen“ bezüglich der Myokardrevaskularisation (kausale Therapie)

Gliederungspunkt 1.4.1 „Allgemeine nichtmedikamentöse Maßnahmen“

- bezüglich der Ernährung, der Flüssigkeitsaufnahme und des Gewichts
- bezüglich des Rauchens

Gliederungspunkt 1.4.2 „Medikamentöse Therapie“

- bezüglich des Unterpunkts „Therapie mit Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmern“
- bezüglich des Unterpunkts „Therapie mit Betarezeptorblockern (Betablockern)“

- bezüglich des Unterpunkts „Therapie mit Angiotensin-II-Antagonisten (AT1-Rezeptor-antagonisten)“
- bezüglich des Unterpunkts „Therapie mit Aldosteron-Antagonisten“
- bezüglich des Unterpunkts zu 1.4.2 „Therapie mit Diuretika“
- bezüglich des Unterpunkts „Therapie mit Herzglykosiden (Digitalis)“
- bezüglich des Unterpunkts „Orale Antikoagulationstherapie“
- bezüglich Thrombozytenaggregationshemmern
- bezüglich Statinen
- bezüglich der Kombination von Dihydralazin und Isosorbiddinitrat
- bezüglich Nahrungsergänzungsmitteln

Gliederungspunkt 1.4.3.2 „Therapie mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)“

Gliederungspunkt 1.4.3 „Spezielle interventionelle Maßnahmen“ bezüglich der operativen Myokardrevaskularisation

Gliederungspunkt 1.5 „Monitoring“

Gliederungspunkt 1.6.1 „Überweisung vom behandelnden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“

Gliederungspunkt 1.6.2 „Einweisung in ein Krankenhaus“

Gliederungspunkt 1.6.3 „Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme“

Gliederungspunkt 4.2 „Schulungen der Versicherten“

Zu dem folgenden Punkt kann keine Aussage bezüglich des potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarfs gemacht werden:

Zu dem Gliederungspunkt 1.1 „Definition der Herzinsuffizienz“ der Anlage 5a der RSA-ÄndV wurden keine Empfehlungen in den eingeschlossenen Leitlinien identifiziert. Wenn in einer Leitlinie eine Definition des Krankheitsbildes vorlag, war sie bestenfalls mit Literatur hinterlegt, aber nicht mit einem Evidenzlevel oder Empfehlungsgrad versehen.

Fazit

Durch den Vergleich der extrahierten Empfehlungen aus aktuellen evidenzbasierten Leitlinien mit den Anforderungen der Anlage 5a der RSA-ÄndV, die die Grundlage des DMP-Moduls Herzinsuffizienz bildet, konnten Versorgungsaspekte identifiziert werden, für die ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf besteht bzw. diskutiert werden kann. Ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf kann sich sowohl für die allgemeinen

nichtmedikamentösen Maßnahmen und die medikamentösen Maßnahmen als auch für die speziellen interventionellen Maßnahmen ergeben.

Für den Gliederungspunkt 1.4 „Therapeutische Maßnahmen“ ergibt sich bezüglich der Therapie der arteriellen Hypertonie ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf.

Für den Gliederungspunkt 1.4.1 „Allgemeine nichtmedikamentöse Maßnahmen“ besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf bezüglich der Behandlung einer Schlafapnoe, der Beratung zur sexuellen Aktivität und des Umgangs mit älteren Herzinsuffizienzpatienten. Darüber hinaus ergibt sich ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf bezüglich der Impfungen gegen Influenza.

Für Impfungen gegen Pneumokokken, die Beratung zu Reisen, die psychosomatische Grundversorgung und die Prüfung der Erwerbsfähigkeit bei Erstdiagnose einer Herzinsuffizienz kann ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf diskutiert werden.

Für den Gliederungspunkt 1.4.2 „Medikamentöse Therapie“ besteht bezüglich der Behandlung der Komorbidität Diabetes mellitus bei Patienten mit Herzinsuffizienz ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf. Darüber hinaus kann ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf bezüglich der Aufnahme einer Negativempfehlung zur langfristigen Behandlung mit positiv inotropen Substanzen sowie der medikamentösen Kardioversion mit Amiodaron diskutiert werden.

Für den Gliederungspunkt 1.4.3 „Spezielle interventionelle Maßnahmen“ besteht bezüglich der Herzschrittmachertherapie und der kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) bei Vorhofflimmern ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf. Auch besteht ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf bezüglich der elektrischen Kardioversion für symptomatische Patienten mit Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern. Für die Betreuung von Patienten des DMP-Moduls Herzinsuffizienz nach Herztransplantation kann ein potenzieller Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf diskutiert werden.

Für den Gliederungspunkt 1.1 „Definition der Herzinsuffizienz“ können basierend auf den eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien keine Aussagen zu einem potenziellen Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf des DMP-Moduls getroffen werden.

Ob sich durch die fehlende Berücksichtigung unpublizierter Daten in den eingeschlossenen Leitlinien Verzerrungen der den Empfehlungen zugrunde liegenden externen Evidenz ergeben, ist unklar. Falls sich dadurch Verzerrungen ergeben sollten, sind Richtung und Ausmaß der Verzerrungen basierend auf den vorliegenden Angaben nicht beurteilbar.

Schlagwörter: Herzinsuffizienz, Disease-Management-Programm, methodische Leitlinienbewertung, evidenzbasierte Leitlinien

Keywords: heart failure, disease management programme, methodological guideline appraisal, evidence-based guidelines