

Stellungnahme der Fachgruppe HSM an die Öffentlichkeit (4.9.2007)

Aus den Ergebnissen der BQS-Auswertungen für die Herzschrittmacherimplantation aus dem Jahr 2006 fällt für den Qualitätsindikator „Indikation“ auf, dass im Vergleich zu den Vorjahren ein höherer Anteil der Implantationen nicht nach den Leitlinien der Fachgesellschaft erfolgte.

Für die Fachgruppe Herzschrittmacher ist das Ergebnis jedoch keineswegs eine Überraschung, sondern Resultat eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses des Verfahrens:

1. im Jahre 2006 wurde zur Datenerfassung ein vollständig erneuerter Datensatz verwendet.
2. dieser Datensatz basiert auf einer vollständig neuen Leitlinie der Fachgesellschaft [1], die erst Ende 2005 publiziert wurde

Daraus resultierten folgende Veränderungen gegenüber den Vorjahren:

- detailliertere Abbildung der Indikationsstellung
- Veränderungen in der Terminologie
- neue Auswertungsregeln

Nähere Analysen der Fachgruppe haben gezeigt, dass es im ersten Jahr der Umstellung zu vermehrten Dokumentationsungenauigkeiten und begrifflichen Missverständnissen gekommen ist.

Die Ergebnisse von 2006 sind damit nicht mit den Ergebnissen der vorangegangenen Jahre vergleichbar. Die niedrigeren Raten sind daher wahrscheinlich nicht Ausdruck einer gegenüber den Vorjahren verminderten Qualität der Indikationsstellung, sondern Resultat der differenzierten Datenerfassung. Damit werden weitere Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung eröffnet.

[1] Lemke B: Z Kardiologie 2005; 94:704-720

Stellungnahme der Fachgruppe Herzschrittmacher an die LQS

Bei der Kodierung von Schrittmacherindikation und (EKG)-Merkmale im Modul 09/1 ist es zu Unsicherheiten gekommen, die im Auswertungsalgorithmus beim Qualitätsindikator „nicht leitliniengerechte Indikationsstellung“ eine Auffälligkeit generierten. Dazu einige Begriffsbestimmungen und Erklärungen zum logischen Aufbau des Moduls 09/1:

Das Modul erwartet die Eingabe von

- führender Schrittmacherindikation,
- Merkmalen, welche die führende Schrittmacherindikation erhärten und diagnostische Zusatzinformationen liefern (EKG, elektrophysiologische und hämodynamische Diagnostik, Symptome etc).

Die Angabe der führenden Schrittmacherindikation wird benötigt, um festzulegen, welcher Grundgesamtheit der einzelne Patient bei der Datenanalyse zugeordnet werden soll. Der Fragenkatalog bildet die Indikationskriterien aus den Leitlinien zur Herzschrittmachertherapie der DGK und deren Empfehlungen zur Systemwahl im Verhältnis 1:1 ab [1].

In den Datenfeldern 9 und 12 können zweimal Angaben zum Vorhofflimmern gemacht werden. Die dabei gültige Nomenklatur entspricht den Festlegungen der ACC/AHA/ESC-Guidelines aus 2006 [2]. Für wiederholtes (oder dauerhaftes) Vorhofflimmern (AF), dem keine reversible Ursache zugrunde liegt, werden darin drei Begriffe definiert:

- Paroxysmales AF: Dauer ≤ 7 Tage (meistens < 24 h), selbstterminierend
- Persistierendes AF: Dauer > 7 Tage, nicht selbstterminierend
- Permanentes AF: Kardioversion erfolglos oder nicht beabsichtigt.

Es wird ausdrücklich eingeräumt, dass diese Klassifizierung stets nur eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ist und dass fließende Übergänge bestehen können. Dabei kann die Arrhythmie beim selben Patienten mal paroxysmal, mal persistierend imponieren, während das permanente Vorhofflimmern als (voraussichtlich) irreversibler Dauerzustand angesehen wird.

Vorhofflimmern selbst begründet nicht die Stimulationsbehandlung. Für die Indikation zur Schrittmachertherapie ist die Unterscheidung zwischen potentiell kardiovertierbarem (paroxysmal, persistierend) und voraussichtlich dauerhaftem Vorhofflimmern (permanent) aus folgenden Gründen wichtig:

- Reversibles AF wechselt sich nach Regularisierung oft mit einer Sinusbradykardie ab, die auf einem gemeinsamen pathologischen Substrat beruhen kann (Bradykardie-Tachykardie-Variante des Sinusknotensyndroms) oder im Zuge einer antiarrhythmischen Therapie medikamentös bedingt ist. Auch wenn man die Zuordnung von Vorhofflimmern zum kranken Sinusknoten in Frage stellen kann [3], so begründet in diesen Fällen dennoch allein die Bradykardie bei Sinusknotensyndrom die Schrittmacherversorgung.
- Permanentes AF gibt nur dann Anlass zur Schrittmacherindikation, wenn dabei eine zu niedrige Kammerfrequenz besteht (oder zu befürchten ist). Entscheidend ist dabei die atrioventrikuläre Überleitungskapazität im AV-Knoten, die extrinsisch (durch autonome oder medikamentöse Einflüsse) oder intrinsisch vermindert sein kann (nodale oder infrahisäre Leitungsblockierung). Damit unterliegt die Bradykardie bei permanentem AF der Systematik, wie sie bei der Indikationsstellung zur Schrittmacherbehandlung bei AV-Block oder intraventrikulären Leitungsstörungen gilt. Dass sie als eigene Entität unter den führenden Schrittmacherindikationen geführt wird, ist der gesonderten Darstellung in den deutschen Leitlinien und der regelhaft abweichenden Systemwahl geschuldet.

In den aktuellen Leitlinien zur Schrittmachertherapie ist als entscheidender Unterschied zwischen Sinusknotensyndrom und AV-Überleitungsstörung herausgearbeitet worden, dass der kranke Sinusknoten nur bei Symptomatik der Stimulation bedarf, während bei AV- und intraventrikulärer Blockierung auch eine prognostische Indikation möglich ist. Letztere entscheidet sich an Merkmalen wie QRS-Breite, (bi-)faskikulärem Blockbild und Regelmäßigkeit der Kammeraktivität, also Kriterien, die beim reinen Sinusknotensyndrom per definitionem entfallen. Dies schließt nicht aus, dass kombinierte elektrophysiologische Störungen vorkommen und entsprechend ihrer Einzelkomponenten behandelt werden müssen.

Die kurz dargestellte Systematik begründet, warum

- potentiell reversibles (paroxysmales/persistierendes) AF bei der Indikationsfindung zur Schrittmacherbehandlung unter den Gesichtspunkten des Sinusknotensyndroms,
- voraussichtlich irreversibles (permanentes) AF nach den Regeln der AV- und intraventrikulären Leitungsstörungen zu behandeln sind,

- die gleichzeitige Kodierung von Bradykardie bei permanentem AF (führende Schrittmacherindikation) und paroxysmal / persistierendem AF (EKG-Befund) ein Widerspruch in sich ist,
- die gleichzeitige Kodierung von Sinusknotensyndrom (führende Schrittmacherindikation) und permanentem AF (EKG-Befund) für die Indikationsstellung nicht sachgerecht ist (und als fehlerhaft gewertet wird).
- darüber hinaus ist bei permanentem AF immer nur eine Ventrikelstimulation erforderlich, während bei den anderen Formen auch eine vorhofbeteiligte Stimulation indiziert sein kann.

Literatur:

- [1] Lemke B: Z Kardiol 2005; 94:704-720
- [2] Fuster V: Europace 2006; 8:651-745
- [3] Kaplan BM: Am J Cardiol 1973; 31:497-508