



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 10/2009

**Stagnation der Leistungen auf hohem Niveau /
Erfolgreiche Aufholjagd der neuen Bundesländer /
Neuer Markt durch kathetergestützte Verfahren
bei Klappenoperationen**

**Statement von Dr. Ernst Bruckenberger / Hannover
über die Ergebnisse seines „Herzberichts 2008“**

Der 21. Herzbericht für das Jahr 2008 bietet eine aktuelle umfangreiche sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. Neben einem differenzierten Überblick über die aktuelle Situation und Entwicklung der stationären Krankenhaus-Inanspruchnahme und der Sterblichkeit ausgewählter Herzkrankheiten nach Geschlecht und Altersgruppen wird die Angebots- und Leistungsstruktur der Kardiologie und der Herzchirurgie im Jahr 2008 und in der Vergangenheit ausführlich dargestellt.



Dr. Ernst Bruckenberger

Zur aktuellen Frage der Priorität der Perkutanen Koronaren Intervention (PCI) oder der Bypass-Operation gibt es transparente Fakten. Die Infarkt-Sterblichkeit aber auch die Sterblichkeit an anderen Herzkrankheiten in den 16 Bundesländern, 429 Landkreisen und kreisfreien Städten wird kartografisch sichtbar gemacht. Damit werden informative Vergleiche und „Erfolgsmessungen“ möglich. Gastbeiträge zur vertragsärztlichen Versorgung, zur Qualitätssicherung und zur Rehabilitation der Herzkrankheiten runden den „Herzbericht 2008“ ab. Den Schluss bildet ein Dreiländervergleich zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Stagnation der Leistungen auf hohem Niveau

Im Jahre 2008 (2007) wurden in Deutschland insgesamt 765 Linksherzkatheter-Messplätze für Erwachsene vorgehalten, das sind 23 beziehungsweise 3,1 Prozent mehr als im Vorjahr. Damit wurden 851.517 (+ 2,3 %) Linksherzkatheter-Untersuchungen und 304.719 (+ 1,7 %) PCI durchgeführt, bei denen 268.545 (+ 2,7 %) Stents gelegt wurden. Der Leistungsanstieg gegenüber dem Vorjahr ist der geringste seit 1980. Der Anteil der Medikamenten-freisetzenden Stents (DES) lag bei rund 35 Prozent. Zusätzlich gab es 2008 rund 44.000 elektrophysiologische Untersuchungen und rund 34.000 Ablationen. In den 80 herzchirurgischen Zentren wurden im Jahr 2008 (2007) insgesamt 159.205 (+ 1,3 %) Operationen mit und ohne Herz-Lungen-Maschine (HLM) durchgeführt. Pro eine Million Einwohner ergab dies 1941 Operationen mit und ohne HLM. Es wurden 61.058 (- 3,6 %) Bypass-Operationen, 22.243 (+ 4,8 %) Klappenoperationen und 7017 (+ 3,0 %) Operationen angeborener Herzfehler erbracht. Zu diesen Herzoperationen kamen weitere 68.887 (+ 4,8 %) sonstige Operationen mit und ohne HLM, davon entfielen 5955 Eingriffe auf die thorakale Aorten Chirurgie.

Erfolgreiche Aufholjagd der neuen Bundesländer

Der Nachholbedarf wesentlicher Leistungen in der Kardiologie und der Herzchirurgie nach der Wiedervereinigung ist inzwischen gedeckt. Die Relation der Leistungen pro 100.000 Einwohner zwischen den alten und neuen Bundesländern betrug bei den Linksherzkatheter-Untersuchungen 1990 17,4:1,0 und 2008 1,0:1,0, bei den PCI 1990 95,7:1,0 und 2008 1,01:1,0 und bei den Herzoperationen 1990 3,2:1,0 und 2008 1,0:1,0. Die Infarkt-Sterblichkeit betrug 2007 in den alten Bundesländern 67,0 und in den neuen Bundesländern 87,5, der Durchschnitt lag bei 70,3. Die höhere Infarkt-Sterblichkeit in den neuen Bundesländern betrifft alle Altersgruppen.

Neuer Markt durch kathetergestützte Verfahren bei Klappenoperationen

Die kathetergeführte Klappenimplantation (transapikal oder retrograd transfemorale) entwickelt sich offensichtlich zu einer Alternative beziehungsweise Ergänzung für die traditionelle offene Herzklappenchirurgie. Neben dem bereits stattfindenden Einsatz bei Pulmonal- und Aortenklappenerkrankungen gibt es bereits Versuche, kathetergeführte Techniken bei Mitralklappenerkrankungen aber auch bei der Behandlung der Hypertonie zum Einsatz zu bringen. Wie häufig bei derartigen innovativen Entwicklungen spielt die medizinisch-technische Industrie hier eine wesentliche Rolle.

Anhaltender Trend zu schonenderen Verfahren

Bei den hochbetagten Patienten wird die PCI gegenüber den isolierten Bypass-Operationen weiterhin eindeutig bevorzugt. So ist von 2003 bis 2008 bei den über 80-Jährigen die Zahl der PCI pro eine Million Einwohner um 88,0 Prozent angestiegen, die der isolierten Bypass-Operationen um 1,0 Prozent zurückgegangen.

Verlagerung der Infarkt-Sterblichkeit in die Krankenhäuser

Die Zahl der in den Krankenhäusern an akutem Myokardinfarkt Gestorbenen ist von 2000 bis 2007 von 18.101 auf 22.707 angestiegen, das sind 4606 mehr. Dies betrifft beinahe alle Altersgruppen, vor allem aber die Frauen in der Altersgruppe der über 80-Jährigen. Da in diesem Zeitraum die Zahl der an akutem Myokardinfarkt Gestorbenen nach der Todesursachenstatistik insgesamt

um 9494 gesunken ist, bedeutet dies, dass tendenziell eine Verlagerung des Sterbens an akutem Myokardinfarkt von außerhalb in die Krankenhäuser stattgefunden hat.

Große regionale Versorgungsunterschiede

Von einer gleichmäßigen Versorgungslandschaft für die wesentlichen Herzkrankheiten kann in Deutschland nicht gesprochen werden. Bei einem Länderranking schneiden Baden-Württemberg, Sachsen und Bremen am besten ab. Das Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen weisen vergleichsweise die ungünstigsten Werte auf.

Ein zwingender kausaler Zusammenhang zwischen einer bestimmten Angebots-, Leistungs- und Vertragsstruktur und der Infarkt-Sterblichkeit (Gestorbene pro 100.000 Einwohner) ist nicht nachweisbar. So sind Regionen mit überdurchschnittlichen Versorgungsstrukturen und einer überdurchschnittlichen Infarktsterblichkeit genauso feststellbar wie auch umgekehrt.

Die geringste Infarkt-Sterblichkeit in den Ländern war 2007 in Berlin mit 24,5 feststellbar, gefolgt von Bremen mit 37,3 und Schleswig-Holstein mit 39,3. Die höchsten Werte waren in Sachsen-Anhalt mit 103,1 zu verzeichnen, gefolgt von Sachsen mit 94,6 und Brandenburg mit 94,1. Der Bundesdurchschnittswert betrug 70,3.

Die größten Unterschreitungen der bundesdurchschnittlichen Infarkt-Sterblichkeit in den 429 kreisfreien Städten und Landkreisen Deutschlands waren 2007 in Flensburg mit -72,2 Prozent feststellbar, gefolgt von Berlin mit -61,8 Prozent, Neumünster mit -60,2 Prozent, dem Landkreis Schleswig-Flensburg mit -58,7 Prozent und der Stadt Jena mit -58,4 Prozent.

Die größten Überschreitungen der bundesdurchschnittlichen Infarktsterblichkeit wiesen Duisburg mit +91,6 Prozent, die Landkreise Kulmbach mit +84,4 Prozent, Mittlerer Erzgebirgskreis mit +82,8 Prozent und Nordvorpommern mit +80,6 Prozent, die Stadt Hoyerswerda mit 79,9 Prozent und der Landkreis Coburg mit +79,5 Prozent auf.

Derartige Abweichungen sind keine deutsche Besonderheit. In Österreich reicht vergleichsweise die Spannweite von -100,0 Prozent im Bezirk Rust bis +108,6 Prozent im Bezirk Steyer-Land. In der Schweiz ist die Spannweite merklich geringer. Sie reicht von -26,2 Prozent im Kanton Genf bis +31,8 Prozent im Kanton Thurgau.

Kontakt:

Dr. Ernst Bruckenberger
Tel.: 0511 / 57 45 53
Fax: 0511 / 20 35 685
E-Mail: ernst@bruckenberger.de
Internet: www.bruckenberger.de

Zum Verfasser: Geboren 1940 in Gmunden/Oberösterreich. Studium der Rechtswissenschaften, Promotion, Tätigkeit in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher

Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf. Von 1979 bis Anfang 2004 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung im Niedersächsischen Sozialministerium. Leitender Ministerialrat a. D., Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover. Gutachter-, Experten- und Vortragstätigkeit. Literatur: „Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen“ (1978) und „Dauerpatient Krankenhaus“ (1989) und E. Bruckenberger, S. Klaue, H.-P.Schwintowski; „Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb“ (Springer, 2005). Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge über die Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung beim Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte, die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, die Auswirkungen des DRG-Systems, die Probleme der Mindestmengenregelung und eine bundesweite jährliche sektorenübergreifende Gesundheitsberichterstattung zur Kardiologie und Herzchirurgie („Herzberichte“).

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit heute mehr als 7000 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.