



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 - 51 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: presse@dgk.org

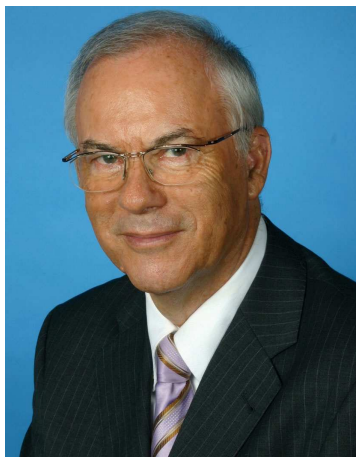
Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 10/2010

**Herzinfarkt nach wie vor eine Männerkrankheit /
Günstige Entwicklung der Krankheitskosten /
PCI wird der isolierten Koronaroperation vorgezogen /
Deutliche Versorgungsunterschiede in den Kreisen**

**Statement von Dr. Ernst Bruckenberger / Hannover
über die Ergebnisse seines „Herzberichts 2009“**

Der Herzbericht für das Berichtsjahr 2009 bietet wie in den vergangenen Jahren eine europaweit einmalige aktuelle sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. Er umfasst 258 Seiten im A4-Format mit 272 farbigen Abbildungen und 117 Tabellen. Neben einem umfangreichen Überblick über die unterschiedliche Situation und Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Sterblichkeit ausgewählter Herzkrankheiten bei Männern und Frauen wird die Angebots- und Leistungsstruktur der Kardiologie und der Herzchirurgie im Jahr 2009 und deren Veränderung seit 1980 ausführlich dargestellt. Die Entwicklung der Krankheitskosten für verschiedene Herzkrankheiten wird von 2002 bis 2008 analysiert. Verschiedene Trends- und Versorgungsanalysen auf Landes- beziehungsweise Kreisebene ermöglichen informative Vergleiche. Gastbeiträge befassen sich mit der Herzchirurgie, der Qualitätssicherung und der Rehabilitation der Herzkrankheiten. Ein Drei-Länder-Vergleich zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz bildet den Abschluss.



Dr. Ernst Bruckenberger

Patienten- und Leistungszunahme als Folge der Demografie

Vollstationäre Fälle

Während die Zahl aller vollstationären Fälle 2008 gegenüber dem Vorjahr um zwei Prozent zugenommen hat, ist die Zahl der Fälle mit Herzkrankheiten

gegenüber dem Vorjahr nur um 0,9 Prozent angestiegen. Dabei ist die Zahl der Fälle mit ischämischen Herzkrankheiten um 2,8 Prozent gesunken, während die Zahl der Fälle mit Klappenkrankheiten um 4,6 Prozent, mit Herzrhythmusstörungen um vier Prozent und die Zahl der Fälle mit Herzinsuffizienz um 4,6 Prozent angestiegen ist.

Kardiologie

Im Jahre 2009 (2008) wurden in Deutschland insgesamt 830 Linksherzkatheter-Messplätze für Erwachsene vorgehalten, das bedeutet 46 beziehungsweise 5,9 Prozent mehr als im Vorjahr. Damit wurden 864.858 (+ 1,6 %) Linksherzkatheter-Untersuchungen und 310.166 (+ 1,8 %) PCIs durchgeführt, bei denen 271.439 (+ 1,1 %) Stents gelegt wurden. Der Leistungsanstieg gegenüber dem Vorjahr ist der zweitniedrigste seit 1980. Der Anteil der Medikamenten-freisetzenden Stents (DES) lag bei rund 42 Prozent. Zusätzlich gab es 2009 51.496 elektrophysiologische Untersuchungen und 40.815 Ablationen.

Herzchirurgie

In den 80 herzchirurgischen Zentren wurden im Jahr 2009 (2008) insgesamt 162.417 (+ 2,0 %) Operationen mit und ohne Herz-Lungen-Maschine (HLM) durchgeführt. Pro eine Million Einwohner ergab dies 1.985 Operationen mit und ohne HLM. Es wurden 58.495 (- 4,2 %) Bypass-Operationen, 23.556 (+ 5,9 %) Klappenoperationen und 5.316 (+ 0,8 %) Operationen angeborener Herzfehler erbracht. Zu diesen Herzoperationen kamen weitere 75.050 (+ 6,3 %) sonstige Operationen mit und ohne HLM, darunter 6.297 (+ 5,7 %) Eingriffe der thorakalen Aorten Chirurgie. Der prozentuale Anteil der „klassischen“ Herzoperationen (Bypass-Operationen, Klappenoperationen, Operationen angeborener Herzfehler) erreichte mit 53,8 Prozent den bisher niedrigsten Wert.

Herzinfarkt nach wie vor überwiegend eine Männerkrankheit

2008 entfielen bei den Männern 133.636 vollstationäre Fälle und 30.559 Gestorbene auf den akuten Myokardinfarkt, bei den Frauen waren es 77.069 vollstationäre Fälle und 26.216 Gestorbene.

Die stationäre Morbiditätsziffer (Fälle je 100.000 Einwohner) lag im Jahr 2008 bei den Männern insgesamt mit 332,6 deutlich über der stationären Morbiditätsziffer der Frauen mit 184,3; das sind 80,4 Prozent mehr. Diese Überschreitung war in allen Altersgruppen zu verzeichnen. Die größte Überschreitung war in der Altersgruppe der 50- bis 55-Jährigen mit 348,8 Prozent, die geringste in der Altersgruppe der über 90-Jährigen mit 23,3 Prozent feststellbar. Der Abstand der stationären Morbiditätsziffer der Männer und Frauen verringert sich tendenziell mit zunehmendem Alter.

Die Sterbeziffer (Gestorbene je 100.000 Einwohner) lag im Jahr 2008 bei den Männern insgesamt mit 76 Prozent deutlich über der Sterbeziffer der Frauen mit 62,7; das sind 21,3 Prozent mehr. Diese Überschreitung war in allen Altersgruppen zu verzeichnen. Die größte Überschreitung war in der Altersgruppe der 50- bis 55-Jährigen mit 380,6 Prozent, die geringste in der Altersgruppe der über 90-Jährigen mit 1,3 Prozent feststellbar. Auch der Abstand der Sterbeziffer der Männer und Frauen verringert sich tendenziell mit zunehmendem Alter.

Günstige Entwicklung der Krankheitskosten für Herzkrankheiten

Von 2002 bis 2008 stiegen die Krankheitskosten insgesamt um 35,512 Milliarden Euro (Männer 20.259, Frauen 15.253) an. Dies bedeutet einen Anstieg von 16,2 Prozent (Männer + 22,5 %, Frauen + 11,8 %). Für die ischämischen Herzkrankheiten lag die Zuwachsrate der Krankheitskosten von 2002 bis 2008 bei den Männern bei 1,6 Prozent. Bei den Frauen war sogar ein Rückgang von 13,5 Prozent zu verzeichnen. Demgegenüber betrug die Zuwachsrate für den akuten Myokardinfarkt bei den Männern 82,3 Prozent und bei den Frauen 62,2 Prozent. Bei der Herzinsuffizienz lag die Zuwachsrate der Männer mit 56,6 Prozent doppelt so hoch wie die der Frauen mit 23,5 Prozent. Ein vergleichbares Bild bietet sich für die angeborenen Fehlbildungen mit + 69,5 Prozent bei den Männern und + 32,2 Prozent bei den Frauen.

Bei den vier ausgewählten Herzkrankheiten entfiel der mit Abstand größte Anteil der Krankheitskosten auf die Krankenhäuser. Bei den ischämischen Herzkrankheiten waren es 52 Prozent (Männer 56 %, Frauen 44,7 %), beim akuten Myokardinfarkt 71 Prozent (Männer 71,3 %, Frauen 70,3 %), bei der Herzinsuffizienz 46,8 Prozent (Männer 55,8 %, Frauen 40,2 %) und bei den angeborenen Fehlbildungen des Kreislaufsystems 72,4 Prozent (Männer 73,6 %, Frauen 71,1 %). Der Kostenanteil für die Apotheken ist bei den Männern mit 12,3 Prozent und bei den Frauen mit 15,6 Prozent bei den ischämischen Herzkrankheiten am höchsten. Dies gilt mit 9,9 Prozent bei den Männern und mit 13,2 Prozent bei den Frauen auch für die Arztpraxen. Bei der Herzinsuffizienz ist der höchste Anteil für die ambulante sowie die stationäre und teilstationäre Pflege mit 15 Prozent bei den Männern und mit 29,5 Prozent bei den Frauen feststellbar. Die höchsten Kosten für den Rettungsdienst sind mit 4,5 Prozent bei den Männern und mit 4,8 Prozent bei den Frauen beim akuten Myokardinfarkt zu verzeichnen.

PCI wird der isolierten Koronaroperation vorgezogen

Von 2004 bis 2009 ist die Zahl der PCIs pro eine Million der über 18-jährigen Einwohner um 23,5 Prozent angestiegen, der Vergleichswert bei den isolierten Koronaroperationen ist um 23 Prozent gesunken. Der Anstieg bei den PCIs pro eine Million Einwohner von 2004 bis 2009 betrifft jede Altersgruppe, mit Abstand jedoch am stärksten die Altersgruppe der über 80-Jährigen mit 58,3 Prozent. Die isolierten Koronaroperationen pro eine Million Einwohner nahmen in diesem Zeitraum in allen Altersgruppen ab, am stärksten in der Altersgruppe der 70- bis 80-Jährigen mit 29,7 Prozent.

Die prozentuale Interventionsquote (therapeutische Konsequenz) der Linksherzkatheter-Untersuchungen, ausgedrückt als Relation der PCIs plus der isolierten Koronaroperationen zur Gesamtzahl der Linksherzkatheter-Untersuchungen, betrug 2009 für die Männer 46,2 Prozent und für die Frauen 31,7 Prozent. Die Interventionsquote der Männer übertrifft in jeder Altersgruppe die der Frauen. Die Abstände werden jedoch mit zunehmendem Alter immer geringer.

Deutliche Versorgungsunterschiede zwischen den einzelnen Kreisen

Von einer auch nur in etwa gleichmäßigen Versorgungslandschaft für die wesentlichen Herzkrankheiten kann in Deutschland nicht gesprochen werden. Dies wird aus der Gegenüberstellung der altersbereinigten stationären Morbiditätsziffer (vollstationäre Fälle pro 100.000 Einwohner) und der

Sterbeziffer (Gestorbene pro 100.000 Einwohner) für die 413 kreisfreien Städte und Landkreise klar ersichtlich.

Gemessen am Bundesdurchschnittswert weisen bei einem Ranking der altersbereinigten Krankenhausinanspruchnahme für die Behandlung des akuten Myokardinfarktes die Stadt Landshut (- 54,3 %), die Landkreise Hochtaunuskreis (- 43,3 %) sowie Miesbach (- 41,3 %) die drei niedrigsten und die Stadt Salzgitter (+ 101,1 %), der Landkreis Wunsiedel (+ 101,8 %) sowie die Stadt Coburg (+ 82,4 %) vergleichsweise die drei höchsten Werte auf.

Gemessen am Bundesdurchschnittswert weisen bei einem Ranking der altersbereinigten Sterbeziffer des akuten Myokardinfarktes der Landkreis Plön (-66,6 %), die Stadt Memmingen (- 58,7 %) sowie der Landkreis Schleswig-Flensburg (- 56,5 %) die niedrigsten und die Landkreise Spree-Neiße (+ 106 %), Uckermark (+ 102,7 %) sowie Coburg (+ 89,4 %) vergleichsweise die höchsten Werte auf.

Drei-Länder-Vergleich Deutschland, Österreich und Schweiz

Bei diesem Drei-Länder-Vergleich liegt Deutschland sowohl bei der stationären Morbiditätsziffer und der Sterbeziffer als auch bei der Häufigkeit der Linksherzkatheter-Untersuchungen, der PCIs und der Herzoperationen teilweise deutlich vor den Vergleichswerten aus Österreich und der Schweiz.

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 rund 7500 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.