



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 10/2008

Verbesserung der Notfallversorgung: Das Sterben wird in die Krankenhäuser verlagert

Statement von Dr. Ernst Bruckenberger / Hannover über die Ergebnisse seines „Herzberichts 2007“

Der 20. Herzbericht für das Jahr 2007 bietet als Jubiläumsbericht die bisher umfangreichste sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. Neben einem differenzierten Überblick über die aktuelle Situation und Entwicklung der stationären Morbidität und Mortalität ausgewählter Herzkrankheiten nach Geschlecht und Altersgruppen wird die Angebots- und Leistungsstruktur der Kardiologie und der Herzchirurgie im Jahr 2007 und in der Vergangenheit ausführlich dargestellt. Zur aktuellen Frage der Priorität der Perkutanen Intervention (PCI) oder der Bypass-Operation gibt es transparente Fakten. Auch die Kostenentwicklung der Herzkrankheiten von 2002 bis 2006 wird nach Alter, Geschlecht und Einrichtungen analysiert. Ein Herzinfarktatlant gibt einen Überblick über die sehr unterschiedliche regionale Mortalität.



Dr. Ernst Bruckenberger

Geringe Zuwachsrage bei den Linksherzkatheter-Untersuchungen und PCI

Im Jahre 2007 wurden in Deutschland insgesamt 742 Linksherzkatheter-Messplätze für Erwachsene vorgehalten, das sind 89 beziehungsweise 13,2 Prozent mehr als im Vorjahr. Damit wurden 832.420 (+ 3,3 %) Linksherzkatheter-Untersuchungen und 299.690 (+ 3,2 %) PCI durchgeführt, bei denen 261.409 (+ 4,8 %) Stents gelegt wurden. Der Leistungsanstieg gegenüber

dem Vorjahr ist der geringste seit 1980. Der Anteil der Medikamenten-freisetzenen Stents (DES) lag bei rund 31 Prozent. Zusätzlich gab es 2007 rund 41.000 elektrophysiologische Untersuchungen und rund 32.000 Ablationen.

Zunahme bei den Herzoperationen mit und ohne Herz-Lungen-Maschine

In den 80 herzchirurgischen Zentren wurden im Jahr 2007 insgesamt 157.203 (+ 5,4 %) Operationen mit und ohne Herz-Lungen-Maschine (HLM) durchgeführt. Pro eine Million Einwohner ergab dies 1.912 Operationen mit und ohne HLM. Es wurden 63.364 (- 1,8 %) Bypass-Operationen, 21.312 (+ 6,0 %) Klappenoperationen und 6.812 (+ 9,3 %) Operationen angeborener Herzfehler erbracht. Zu diesen Herzoperationen kamen weitere 65.715 (+ 12,7 %) sonstige Operationen mit und ohne HLM, davon entfielen auf die thorakale Aorten Chirurgie 5.734 Eingriffe.

PCI verdrängt bei den Hochbetagten die Bypass-Operation

Bei den teilweise konkurrierenden Therapieverfahren PCI und Bypass-Operation setzt sich die PCI immer stärker durch. Bei den hochbetagten Patienten wurde diese Therapieform eindeutig bevorzugt. So wurden bei den über 80-Jährigen 10,2 Mal soviel PCI pro eine Million Einwohner durchgeführt als Bypass-Operationen. Von 2003 bis 2007 ist bei den über 80-Jährigen die Zahl der PCI pro eine Million Einwohner um 81,2 Prozent angestiegen, die der Bypass-Operationen nur um 1,4 Prozent.

Überdurchschnittliche Kostensteigerung beim akuten Herzinfarkt

Die Zahl der von 1995 bis 2006 in den Krankenhäusern an akutem Herzinfarkt Gestorbenen ist von 1995 bis 2006 um 22,6 Prozent angestiegen, außerhalb des Krankenhauses um 23,3 Prozent gesunken. Da in diesem Zeitraum die Zahl der an akutem Herzinfarkt Gestorbenen insgesamt aber um 10,9 Prozent gesunken ist, bedeutet dies, dass eine Verlagerung des Sterbens an akutem Herzinfarkt in die Krankenhäuser stattgefunden hat. Dies ist unter anderem eine Folge der Verbesserung der Notfallversorgung (z. B. 24-Stunden-Dienst) und des Patientenverhaltens.

Dieser medizinische Fortschritt hat seinen Preis. Während die gesamten Krankheitskosten pro Einwohner von 2002 bis 2006 bei Männern um 11,2 Prozent und bei den Frauen um 5,9 Prozent angestiegen sind, haben die Kosten für die Diagnostik und Therapie des akuten Herzinfarktes in diesem Zeitraum bei den Männern um 70,1 Prozent und bei den Frauen um 65,3 Prozent zugenommen. Der Anstieg nahm mit dem Alter kontinuierlich zu. Die höchste Zuwachsrate war bei den über 90-Jährigen mit 107,8 Prozent (Männer) und 96,7 Prozent (Frauen) zu verzeichnen. Der Kostenanteil für die Behandlung des Herzinfarktes in den Krankenhäusern hat sich von 2002 bis 2006 folgerichtig bei den Männern von 64,5 Prozent auf 71,0 Prozent und bei den Frauen von 64,1 Prozent auf 71,4 Prozent vergrößert.

Herzinfarktatlant verdeutlicht regionale Versorgungsunterschiede

Von einer auch nur in etwa gleichmäßigen Versorgungslandschaft für die ausgewählten Herzkrankheiten kann in Deutschland nicht gesprochen werden. Bei einem Länderranking schneiden Baden-Württemberg, Sachsen und Bremen am besten und Mecklenburg-Vorpommern das Saarland und Brandenburg am schlechtesten ab.

Für den Vergleich der Krankenhausinanspruchnahme beziehungsweise der stationären Morbiditätsziffer (vollstationäre Fälle pro 100.000 Einwohner) und der Sterbeziffer (Gestorbene pro 100.000 Einwohner) zwischen allen kreisfreien Städten und Landkreisen Deutschlands im Jahre 2006 wurde die jeweilige altersbereinigte Über- oder Unterschreitung des bundesdurchschnittlichen Wertes für den akuten Herzinfarkt ermittelt.

Die stationäre Morbiditätsziffer lag 2006 in 208 Kreisen bis zu -43,5 Prozent unter und in 231 Kreisen bis zu +109,3 Prozent über dem Bundesdurchschnittswert. Die Sterbeziffer hat in 184 Kreisen den Bundesdurchschnittswert bis zu -66,0 Prozent unterschritten und in 255 Kreisen bis zu +132,3 Prozent überschritten.

Die größten altersbereinigten Unterschreitungen der bundesdurchschnittlichen stationären Morbiditätsziffer waren 2006 in Garmisch-Partenkirchen mit -43,5 Prozent, gefolgt von den Landkreisen Schwarzwald-Baar-Kreis mit -41,2 Prozent, Miesbach mit -41,1 Prozent und Biberach mit -40,2 Prozent, feststellbar. Die größten altersbereinigten Überschreitungen der bundesdurchschnittlichen stationären Morbiditätsziffer wies 2006 der Landkreis Lichtenfels mit +103,9 Prozent, gefolgt von der Stadt Delmenhorst mit +92,2 Prozent und den Landkreisen Sonneberg mit +83,1 Prozent und Südliche Weinstraße mit +77,5 Prozent, auf.

Die größten altersbereinigten Unterschreitungen der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer waren 2006 in Berlin mit -66,0 Prozent, gefolgt von den Landkreisen Nordfriesland mit -50,5 Prozent, Stormarn mit -46,7 Prozent und Pinneberg mit -46,2 Prozent, feststellbar. Berlin, Frankfurt a. M. und der Landkreis Pinneberg waren bereits 2005 unter den positiven „TOP 10“ zu finden. Die größten altersbereinigten Überschreitungen der bundesdurchschnittlichen Sterbeziffer wies 2006 der Landkreis Schönebeck mit +132,2 Prozent, gefolgt von den Landkreisen Ostprignitz-Ruppin mit +91,2 Prozent, Spree-Neiße mit +84,3 Prozent und der Stadt Görlitz mit +83,5 Prozent, auf.

Derartige Abweichungen sind keine deutsche Besonderheit. In Österreich reicht die Spannweite von -60,35 im Bezirk Mattersburg bis +123,3 Prozent im Bezirk Steyer-Land, in der Schweiz von -54,2 Prozent im Kanton Obwalden bis + 49,9 Prozent im Kanton Jura.

Kontakt:

Dr. Ernst Bruckenberg
Mail: ernst@bruckenberger.de
Tel.: 0511 / 57 45 53
Fax: 0511 / 20 35 685
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. Im Ruhestand seit 2004. Gutachter-, Experten- und Vortragstätigkeit. Literatur: „Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen“ (1978) und „Dauerpatient Krankenhaus“ (1989) sowie 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 6700 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.