

Kommentar zum 22. Bericht über die Leistungszahlen der Herzkatheterlabors in der Bundesrepublik Deutschland

Die absolute Höchstzahl an diagnostischen und therapeutischen Interventionen am Koronarsystem pro Kopf Bevölkerung, wird seit vielen Jahren als deutsches Alleinstellungsmerkmal in der europäischen Kardiologie angesehen. Bereits 2002 wurde dieses Phänomen im Lancet [1, 2] diskutiert, ohne dass zwischenzeitlich wesentliche neue Erkenntnisse oder Ursachen zutage gefördert worden wären. Weiterhin gilt, dass in anderen europäischen Ländern, zeitlich versetzt, bei Herzkathetermaßnahmen vergleichbare Zuwachsraten beobachtet werden, ohne dass derzeit vorhergesagt werden könnte, ob diese das deutsche Niveau erreichen werden [3]. Nach wie vor gilt auch, dass die Schweiz und Österreich mit ähnlicher genetischer Struktur der Bevölkerung, ähnlicher Sozialisierung und ähnlichem Zugang zu Gesundheitsleistungen bei bis zu 50% weniger Herzkathetermaßnahmen pro Kopf Bevölkerung keine schlechteren Ergebnisse, gemessen an deren Sterbeziffern, vorweisen als Deutschland [4]. Die Problematik der Unterschiede in der Erhebung dieser Zahlen ist bekannt. Andererseits sind die offiziellen Statistiken der einzelnen Länder und die von den Fachgesellschaften geführten Register das Beste und auch Einzige, das wir an Informationen zur Verfügung haben.

Die deutschen Leistungszahlen für das Jahr 2005 liegen jetzt vor:

Die Zunahme der diagnostischen Maßnahmen um 438% und die der therapeutischen Interventionen um 830% in Deutschland, in den Jahren 1990–2005, ist beeindruckend. Allerdings ist sie beglei-

tet von einer Reduktion der Krankenhaussterblichkeit zumindest bei Herzinfarkt von mehr als 20% auf weniger als 10% [5, 6] und einer Zunahme der Lebenserwartung der Bevölkerung, die aus epidemiologischer Sicht mit den Errungenschaften der kardiologischen Behandlung in Verbindung gebracht werden kann [7].

Bemerkenswert in dem deutschen Leistungsbericht 2005 sind die regionalen Unterschiede der Leistungsdichte auf Länderebene pro 100.000 Einwohner. Diagnostische und interventionelle Eingriffe variieren zwischen 1528/518 (Hamburg) und 798/240 (Sachsen-Anhalt) wobei die Interventionsquoten (das Verhältnis zwischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen) in den beiden Ländern nicht sehr unterschiedlich sind. Mit 33,9% und 30,1% liegen beide unter dem deutschen Mittelwert von 35%. Die Interventionsquoten in Deutschland variieren auf Länderebene zwischen 49% (Berlin) und 30% (Niedersachsen). Die Gründe dafür können sehr vielfältig sein: Altersstruktur der Bevölkerung, genetische Faktoren, sozialer Status der Patienten, aber auch Zuweisungswege, und nicht zuletzt Spezialisierung und Indikationskriterien einzelner Institutionen können für Unterschiede verantwortlich sein. Wir haben sehr wenig harte Daten, um die sich hier ergebenden Fragen beantworten zu können. Einfache Korrelationen zwischen Zahl der Eingriffe, Zahl der Institutionen und Sterbeziffern gaben bisher keine sicheren Zusammenhänge [8, 4].

Strukturbedingte Unterschiede im Gesundheitswesen können vermutet wer-

den, nachdem in Fachkliniken die Interventionsquote bei 39,1%, in Unikliniken bei 37,7%, in Krankenhäusern bei 35,4% und in Praxen bei 28,2% liegt.

Aus dem Leistungsbericht 2005 (Tab. 3) geht hervor, dass in 484 Institutionen diagnostische Maßnahmen durchgeführt wurden, aber nur in 425 von diesen Interventionen. Sollte sich dieser Befund bei Nachprüfung im Jahr 2008 erneut bestätigen, so ist er korrekturbedürftig, da Patienten in nicht interventionsbereiten Institutionen nach dem derzeitigen Stand der Leitlinien keine „Ad-hoc-Intervention“ erhalten können. Somit sind hier Indikationen für die Diagnostik nur bei einem extrem kleinen Spektrum von Patienten gegeben, und es muss vermutet werden, dass die Expertise für Notfälle nicht vorhanden ist.

Im Jahr 2005 (Tab. 6) wurden in Deutschland von 425 Institutionen PCIs angeboten, 353 davon führten „ad hoc“ PCIs durch, 341 behandelten ACS, 417 verwendeten Stents und 381 DES. Hinter diesen Zahlen verbergen sich strukturelle Unterschiede zwischen den Institutionen: Nach den veröffentlichten Zahlen würden nur 80% der Institutionen „ad hoc“ PCIs durchführen, nur 80% ACS behandeln, 98% Stents verwenden und nur 90% DES einsetzen. Sollten sich diese Zahlen nach einer Prüfung auch im Jahr 2008 bestätigen, würde dies bedeuten, dass Patienten in der BRD nach ganz unterschiedlichen Standards behandelt werden und jeder 5. Patient möglicherweise eine von Leitlinien abweichende Behandlung erfährt. Um Klarheit in dieser Frage zu schaffen,

wäre eine zeitnahe Auswertung der aktuellen Daten erforderlich.

In Zusammenfassung: Der Bericht über die Leistungszahlen deutscher Herzkatheterlabors ist seit 1985 die wichtigste Quelle für Anhaltzahlen, wo und wie viele Herzkathetereingriffe in Deutschland durchgeführt werden. Mit zunehmender Standardisierung der Herzkatheterdiagnose und -behandlung und durch zusätzliche Auswertung der Daten, bezogen auf Bundesländer und einzelne Institutionen, gibt der Leistungsbericht 2005 Auskunft über erhebliche regionale, strukturelle und interinstitutionelle Unterschiede innerhalb der BRD. Damit ist der Leistungsbericht ein wertvoller Dienst für die kardiologischen Institutionen und für die Patienten, die dort behandelt werden. Im Falle einer Bestätigung der auffälligen Leistungsunterschiede aus dem Jahr 2005 sollten diese als Grundlage für Korrekturen dienen, um

eine Standardisierung von Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität in allen Institutionen zu gewährleisten, die Patienten PCI als Leistung anbieten. Seit 2003 kann im Krankenhausbereich die obligate BQS-Registrierung der invasiven kardiologischen Leistungen zum Vergleich mit den freiwillig erfassten Leistungszahlen herangezogen werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M.G. Gottwik
Wackenroderstraße 11
90491 Nürnberg
mug.gottwik@t-online.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Dissmann W, Ridder M de (2002) The soft science of German cardiology. *Lancet* 359: 2027–2029
2. Gottwik M, Breithardt G (2002) Interventional cardiology in Germany. *Lancet* 360: 1694–1695
3. Scholte op Reimer WJM, Gitt AK, Boersma E, Siemoons ML (2006) Cardiovascular disease in Europe. Euro Heart Survey – 2006. European Society of Cardiology, Sophia Antipolis, France
4. Brucknerberger E (2007) Herzbericht 2006. Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland sowie vergleichende Daten aus Österreich und der Schweiz. ISBN 987–300–022348–8
5. Zahn R, Schiele R, Schneider S et al. (2000) Decreasing hospital mortality between 1994 and 1998 in patients with acute myocardial infarction treated with primary angioplasty but not in patients treated with intravenous thrombolysis. *JACC* 36: 2064–2071
6. Zahn R, Gottwik M, Hochadel M et al. (2008) Volume-outcome relation for contemporary Percutaneous Coronary Interventions (PCI) in daily clinical practice: Is it limited to high risk patients? *Heart* 94: 329–335
7. Weiland S, Rapp K, Klenk J, Keil U (2006) Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. *Dtsch Arztebl* 103: A1072–A1077
8. Breithardt G, Böcker D (2000) Wildwuchs nicht bewiesen. *Dtsch Arztebl* 97: A-147

Hier steht eine Anzeige.