



Pressemitteilung

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

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 600692-0 Fax: 0211 600692-10 mail : info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 600692-61 Fax: 0211 600692-67 mail : presse@dgk.org

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 10/2005

Kardiologischer technischer Fortschritt im europäischen Vergleich

Prof. Dr. Günter Breithardt, Münster

Der Fortschritt der Medizintechnik der vergangenen Jahrzehnte hat zu einer verbesserten Diagnostik und Therapie zahlreicher kardiologischer Krankheitsbilder geführt. Dies betrifft sowohl die nicht-invasive (Echokardiographie, tomographische Verfahren) und die invasive (Herzkatheter, Koronarangiographie) Diagnostik als auch die koronarinterventionelle Therapie (zum Beispiel perkutane Koronarinterventionen mit Stents) und die elektrische Therapie (Schrittmacher und implantierbare Kardioverter/Defibrillatoren), elektrophysiologische Diagnostik, Katheterablation). Die Verfügbarkeit und klinische Anwendung derartiger neuerer Technologien variiert von Land zu Land trotz gemeinsamer Leitlinien. So bestehen deutliche Unterschiede im Vorkommen der koronaren Herzkrankheit einerseits und der Häufigkeit von Koronarangiographien und der sich hieraus ergebenden Interventionsrate andererseits. Auch die Häufigkeit, mit der zum Beispiel Stents eingesetzt werden, variiert erheblich. ICD werden in Deutschland häufiger als in Schweden, Frankreich oder Großbritannien implantiert. Diese Unterschiede korrelieren einerseits mit den Gesundheitsausgaben pro Einwohner in diesen Ländern, andererseits weisen sie auch eine Beziehung auf zur Art des Gesundheitssystems. So ist in Ländern mit einem Sozialversicherungssystem wie in Deutschland die Rate von Stentimplantationen ebenso wie von ICD höher als in staatlichen Gesundheitssystemen zum Beispiel in Großbritannien.



Prof. Dr. Günter Breithardt

Im Gegensatz zu diesen bisher durchgängig gefundenen Korrelationen zwischen Gesundheitssystem und -ausgaben weicht die Rate der Benutzung Medikamente-freisetzender Stents davon ab. So lag zum Bei-

spiel im 1. Quartal 2004 nach BiBa Marktforschung die Anwendungsrate mit elf Prozent in Deutschland weit unter derjenigen anderer Länder wie Österreich (37 Prozent), Frankreich (36 Prozent), Italien (26 Prozent), Großbritannien (42 Prozent), Holland (34 Prozent), Skandinavien (34 Prozent), Portugal (72 Prozent), Spanien (39 Prozent) und Schweiz (73 Prozent), obwohl Deutschland mit seinen Gesundheitsausgaben im oberen Drittel liegt.

Die Bedeutung innovativer Technologien rückt zunehmend in das Bewusstsein der Bevölkerung. Die hiervon ausgehende Erwartungshaltung in allen Ländern steht im Widerstreit zu steigenden Kosten, unter anderem infolge demographischer Faktoren. Auch im Bewusstsein der Fachkreise spielen die Barrieren bei der Kostenerstattung, die den Zugang der Patienten zu lebensrettenden Therapien wie ICD oder zu Stents begrenzen, eine zunehmende Rolle.

Im eigenen Lande werden die Möglichkeiten, neue Technologien innerhalb der existierenden Budgets einzuführen, immer enger. Dies ist auf den begrenzten Spielraum bei der Finanzierung neuer Technologien, die rigidere Überwachung der Kosten und angesichts gedeckelter Budgets auf die steigenden Personalkosten ohne entsprechende Gegenfinanzierung zurückzuführen.

Von dem Augenblick, an dem eine neue Technologie zur Verfügung steht, über die Beantragung und Bewilligung eines OPS-Codes, der landesweiten Kodierung der jeweiligen Prozedur und der nachfolgenden Erfassung der Kosten und der Festlegung einer DRG sowie der anschließenden Anwendung werden mehrere Jahre vergehen. Bis dahin können neue Technologien entweder auf Grund unzureichender Finanzierung nicht oder nur beschränkt eingesetzt werden, oder sie werden im Rahmen bisheriger DRG – wenn im Einzelfall möglich – eingesetzt, was in vielen Fällen zu einer Unterfinanzierung führen wird. Gerade, wenn es sich um größere Patientenzahlen handelt, können dann große Verluste entstehen. Die Konsequenz ist daher, derartige neuere Technologien durch „gesuchte Begründungen“ den Patienten nicht anzubieten.

Eine Lösung wären Innovationsbudgets, die nach zentraler Abstimmung gerade in der Anfangszeit einem definierten Kreis von Anwendern zur Verfügung gestellt werden. Dies sollte verbunden sein mit der Verpflichtung, sich an einem bundesweiten – später eventuell sogar Europa-weiten – Register zu beteiligen. Nur so dürfte die jetzige Entwicklung zu verhindern sein, dass Deutschland bei der Einführung und breiten Anwendung neuer Techniken in der Kardiologie nachhinkt.