

## DGK-Herbsttagung in Dresden: Ernst Bruckenberg präsentiert den Herzbericht 2008

### Kardiologen in Ost und West leisten gleich viel

*Die Vorstellung des neuesten Herzberichts ist bereits Tradition bei der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK). Dr. Ernst Bruckenberg präsentiert kardiologische bzw. kardiologisch-chirurgische Morbiditäts- und Mortalitätsziffern, die inzwischen bis auf die Kreisebenen heruntergebrochen sind. Die Daten sind somit auch für die Planung von Herzzentren sowie kardiologischen Abteilungen und Praxen von Interesse.*

Im Jahre 2008 (2007) wurden in Deutschland insgesamt 784 Linksherzkathetermessplätze für Erwachsene vorgehalten, das sind 3,1% mehr als im Vorjahr. In diesen Einrichtungen wurden 851 517 (+2,3%) Linksherzkatheter-Untersuchungen und 394 719 (+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 Medikamente freisetzenden Stents (DES) lag bei rund 35% (Tabelle 1). 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 1 941 Operationen mit und ohne HLM. Es wurden 61 058 (- 3,6%) Bypassoperationen, 22 243 (+4,8%) Klappenoperationen und 7 017 (+3,0%) Operationen angeborener Herzfehler erbracht. Zu diesen Herzoperationen kamen weitere 68 887 (+4,8%) sonstige Operationen mit und ohne HLM, davon entfielen 5 955 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 hat sich im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 1990 weitestgehend angeglichen. Dies gilt sowohl für Linksherzkatheteruntersuchungen wie auch für PCI und Herzoperationen. Die Infarktsterblichkeit betrug 2007 in den alten Bundesländern 67,0 und in den neuen Bundesländern 87,5, der Durchschnitt lag bei 70,3. Die höhere Infarktsterblichkeit 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 bzw. Ergänzung für die traditionelle offene Herzklappen Chirurgie. Neben dem bereits stattfindenden Einsatz bei Pulmonal- und Aortenklappenerkrankungen gibt es bereits Versuche, kathetergeführte Techniken bei Mitralklappenerkrankungen, aber auch bei der Behandlung der Hypertonie anzuwenden.

#### **Anhaltender Trend zu schonenderen Verfahren**

Bei hochbetagten Patienten wird die PCI gegenüber den isolierten Bypassoperationen weiterhin eindeutig bevorzugt. So ist von 2003 bis 2008 bei den > 80-Jährigen die Zahl der PCI pro 1 Mio. Einwohner um 88,0% gestiegen, die der isolierten Bypassoperationen um 1,0% zurückgegangen.

#### **Verlagerung der Infarktsterblichkeit in die Krankenhäuser**

Die Zahl der in den Krankenhäusern an akutem Myokardinfarkt Gestorbenen ist von 2000 bis 2007 von 18 101 auf 22 707 gestiegen, das sind 4 606 mehr. Dies betrifft beinahe alle Altersgruppen, vor allem aber die Frauen in der Gruppe der > 80-Jährigen. Da in diesem Zeitraum die Zahl der an akutem Myokardinfarkt Gestorbenen nach der Todesursachenstatistik insgesamt um 9 494 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 Infarktsterblichkeit (Gestorbene pro 100 000 Einwohner) ist nicht nachweisbar. So sind Regionen mit überdurchschnittlichen Versorgungsstrukturen und einer überdurchschnittlichen Infarktsterblichkeit genauso feststellbar wie umgekehrt.

Die geringste Infarktsterblichkeit 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.

**Tabelle 1.** Veränderungen gegenüber dem Vorjahr.

**Zentrale Kennzahlen**

- Stationäre Morbiditätsziffer (+2,4%)
- Sterbeziffer (+0,3%)
- 784 Linksherzkathetermessplätze (+3,1%)
  - 851 517 Linksherzkatheteruntersuchungen(+2,3%)
  - 394 719 PCI (+1,7%), davon
    - 268 545 (+2,7%) mit Stents,
    - Anteil der Medikamente freisetzenden Stents (DES) 35%
- 80 Herzzentren
  - 159 205 Operationen(+1,3%), davon
    - 61 058 Bypassoperationen (-3,6%)
    - 22 243 Klappenoperationen (+4,8%)
    - 7 017 Operationen von angeborenen Herzfehlern (+3,0%)
    - 68 887 sonstige Operationen (+4,8%)

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

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

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

*Dr. med. Jochen Aumiller*

Interessenten können den Herzbericht 2008 direkt über Dr. Ernst Bruckenberger zum Preis von 35,00 Euro beziehen. Er umfasst 258 Seiten im A4-Format mit 275 farbigen Abbildungen und 90 Tabellen.

(E-Mail: [ernst@bruckenberger.de](mailto:ernst@bruckenberger.de);  
Internet: [www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de))

**Tendenz der Rechtsprechung: mehr Restriktion**

**Zuweiserpauschalen – Oberlandesgerichte urteilen unterschiedlich**



Prof. Dr. iur.  
Dr. med.  
Alexander  
P. F. Ehlers,  
München

*Die Zulässigkeit sog. Zuweiserpauschalen, d.h. Ausgleichszahlungen und Rückvergütungen an niedergelassene Ärzte für die Einweisung von Patienten in ein bestimmtes Klinikum, ist seit Jahren Gegenstand kontroverser Gerichtsentscheidungen. Durch die jüngste Entscheidung des Oberlandesgerichtes Düsseldorf zu diesem Themenkomplex vom 01.09.2009 (Az.: I-20 U 121/08) zeichnet sich nun eine restriktivere Haltung zur Zulässigkeit von Zuweiserpauschalen ab.*

Der wachsende wirtschaftliche Druck auf Krankenhäuser führte bereits in den vergangenen Jahren dazu, Anreize für niedergelassene Ärzte zu schaffen, Patienten zur Behandlung in die eigene Klinik einzuweisen. Insbesondere die verstärkte Verbreitung von integrierten Versorgungsstrukturen und die dadurch bedingte Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung bedingt zunehmend Ausgleichszahlungen und Zuweisungsentgelte vom stationären an den niedergelassenen Sektor. Die Frage nach der Zulässigkeit von Zuweisungsentgelten wurde auf oberlandesgerichtlicher Ebene seither unterschiedlich beurteilt.

**OLG Koblenz: Schon Versprechen einer Rückvergütung unzulässig**

Das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz (Urteil vom 20.05.2003 – 4 U 1532/02) wie auch das OLG Schleswig-Holstein (Urteil vom 04.11.2003 – 6 U 17/03) sahen bereits in dem Versprechen einer Rückvergütung an den niedergelassenen zuweisenden Arzt einen Verstoß gegen § 31 der Musterberufsordnung der Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä). Danach dürfen für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile nicht versprochen oder gewährt bzw. diese Vorteile nicht angenommen werden.

Hintergrund der Entscheidung des OLG Koblenz war die Ankündigung einer Universitätsklinik gegenüber niedergelassenen Augenärzten, für die prä- und postoperative Untersuchung ihrer Patienten eine Zuweiserpauschale von insgesamt 52,00 Euro zu bezahlen. Das Klinikum argumentierte, dass die Pauschale näherungsweise auf der Basis einer isolierten präoperativen und zweier postoperativer Untersuchungen und Beratungen bemessen sei und



Phillip Trümper,  
München