

Pressekonferenz

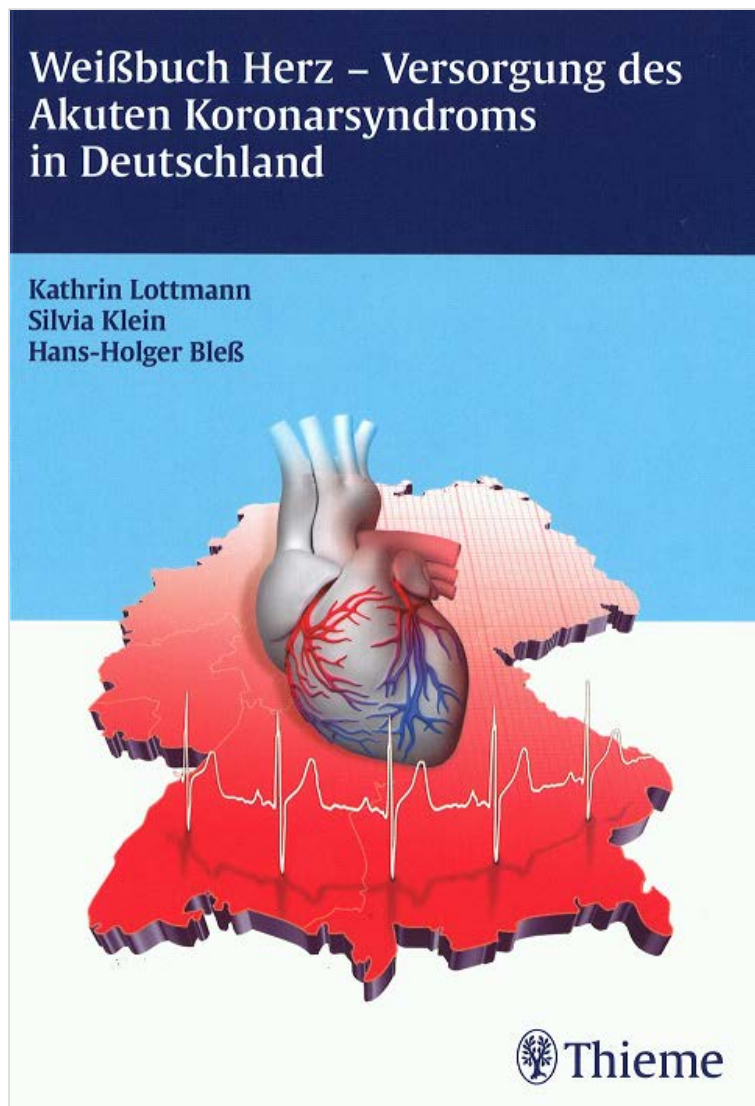
Weißbuch Herz

Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland

28. August 2013

9.30 Uhr

Tagungszentrum der Bundespressekonferenz



Pressekonferenz

Weißbuch Herz

Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland

28. August 2013

9.30 Uhr, Tagungszentrum der Bundespressekonferenz

- | | |
|--------------------------|---|
| 09.30 – 09.35 | Begrüßung |
| 09.35 – 10.00 | Die Versorgung herzkranker Menschen mit akutem Koronarsyndrom: Epidemiologie, Therapien und Kosten.
Erkenntnisse aus dem Weißbuch Herz

<i>Hans-Holger Bleß, Leiter des Bereichs Versorgungsforschung,
IGES Institut, Berlin</i> |
| 10.00 – 10.15 | Aktuelle Versorgungssituation des akuten Koronarsyndroms in Deutschland und Verbesserungsmöglichkeiten

<i>Prof. Uwe Zeymer, Leitender Oberarzt Medizinische Klinik,
Klinikum der Stadt Ludwigshafen</i> |
| 10.15 – 10.30 | Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Spiegel des Fortschritts Wo stehen wir und wo geht es hin?

<i>Prof. Bertram Häussler, Vorsitzender der Geschäftsführung,
IGES Institut, Berlin</i> |
| 10.30 – ca. 10.45 | Fragen und Diskussion |

Moderation: Sandra Jessel, Pressereferentin IGES Institut, Berlin

Presseinformation

Kampf dem Herzinfarkt: Deutschland muss nachholen

Weißbuch Herz beschreibt erstmalig die Versorgung schwer herzkranker Menschen - Experten fordern bessere Prävention und Langzeitversorgung

Berlin, 28. August 2013 (IGES Institut) – In Deutschland ist das Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben, immer noch höher als in vielen anderen europäischen Ländern. Auch wenn sich die Versorgung herzkranker Menschen in den vergangenen Jahrzehnten herausragend verbessert hat, gibt es noch Defizite in der Prävention, der Notfallversorgung und in der Betreuung von Risikopatienten. Zu diesem Fazit kommen die Autoren des „Weißbuch Herz – Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland“, das heute in Berlin vorgestellt wurde.

Das Weißbuch Herz ist eine in seiner Form erstmalige Bestandsaufnahme der Versorgung lebensbedrohlich kranker Menschen mit Akutem Koronarsyndrom (ACS), zu dem auch der Herzinfarkt zählt. Wissenschaftler des IGES Instituts haben es in Zusammenarbeit mit namhaften Experten erstellt.

Der Herzinfarkt ist immer noch Todesursache Nummer 2 der Deutschen, auch wenn sich die Sterberate in den vergangenen zehn Jahren um rund 37 Prozent verringert hat. „Zielgerichtete Verbesserungen bei der Versorgung haben zu einem enormen Rückgang der Sterblichkeit an Herzinfarkt geführt. Bei dieser Entwicklung hinkt Deutschland im europäischen Vergleich allerdings stark hinterher“, sagt Prof. Bertram Häussler, Leiter des IGES Instituts.

Mehr Aufklärung über richtiges Notfallverhalten nötig

„Die Herzinfarkt-Sterblichkeit könnte noch weiter gesenkt werden, wenn die für das Überleben entscheidende Zeit zwischen Symptombeginn und der Akutbehandlung in einem geeigneten Krankenhaus verkürzt werden könnte“, sagt der Weißbuch-Autor und Leiter des Bereichs Versorgungsforschung am IGES Institut, Hans-Holger Bleß. "Mehr Aufklärung in der Bevölkerung über die Symptome eines Herzinfarktes und das sofortige Alarmieren eines Rettungswagens sind nötig."

Pressekontakt:

Gisela Angerer
Leiterin Kommunikation

T +49 30 230 809 341
presse@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Defizite in der Langzeitbetreuung von ACS-Patienten

Fortschritte hat es in der akuten Behandlung des ACS gegeben. Goldstandard ist eine Herzkatheteruntersuchung mit daran gekoppelter Behandlung (medizinisch: perkutane Koronarintervention, PCI), die immer mehr Herzinfarkt-Patienten erhalten: Bei Patienten mit einem schweren Herzinfarkt, einem sogenannten ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI), liegt die Quote inzwischen sogar bei über 90 Prozent. „Die Daten zeigen, dass die Behandlung des akuten Herzinfarkts zunehmend leitliniengerecht erfolgt“, sagt Prof. Uwe Zeymer, Leitender Oberarzt am Klinikum der Stadt Ludwigshafen und Weißbuch-Experte.

Defizite konstatiert das „Weißbuch Herz“ aber weiterhin in der langfristigen medikamentösen Behandlung ACS-Kranker. Diese ist essenziell, um Folgekomplikationen wie einen weiteren Herzinfarkt zu verhindern. Zum Einsatz kommen Mittel zur Blutverdünnung, gegen Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen. Bekommen noch 60 bis 90 Prozent der Betroffenen 90 Tage nach einem ACS-Krankenhausaufenthalt entsprechende Medikamente verordnet, sind es fünf Jahre danach nur noch rund ein Drittel. „Wir sehen einen Trend zur leitlinienkonformen Langzeittherapie bei ACS. Es gibt aber Defizite vor allem bei älteren Patienten und bei der Kontinuität der Therapie“, so Bleß.

Von Herzinfarkt-Patienten, die die Zeit des Krankenhausaufenthaltes überleben, stirbt jeder Fünfte innerhalb von fünf Jahren. Zeymer: „Die Versorgung der ACS-Patienten sollte sektorenübergreifend von Klinik und ambulantem Bereich erfolgen. Hierzu sind Patientenleitpfade zur Optimierung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Sekundärprävention sinnvoll, um die Prognose der ACS-Patienten weiter zu verbessern.“

Herzinfarkte zu verhindern, heißt Gesundheitsausgaben zu senken

Rund 1,85 Milliarden Euro kostet die Herzinfarktbehandlung in Deutschland (2008). 70 Prozent der Kosten entstehen dabei im Krankenhaus, im Durchschnitt mehr als 6.000 Euro pro Patient. Auffällig ist die überproportionale Zunahme der Herzinfarktkosten: Stiegen die generellen Kosten aller Krankheiten

zwischen 2002 und 2008 um 16 Prozent, waren es für den Herzinfarkt 74 Prozent. Der Kostenanstieg wird vor allem durch die stark gestiegenen Kosten für Über-65-Jährige verursacht.

Risikofaktoren für ACS sind wie bei allen Herz-Kreislaufkrankungen Diabetes, Bluthochdruck oder erhöhte Blutfettwerte, die maßgeblich durch den eigenen Lebensstil und wenn erforderlich durch die richtige Medikamenteneinstellung beeinflusst werden können. „Individuelles gesundheitsbewusstes Verhalten gilt es zu stärken. Wir brauchen endlich ein nationales Herz-Kreislauf-Programm“, betont Bleß.

Das „Weißbuch Herz – Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland“ erscheint (Anfang September) im Georg Thieme Verlag. Es entstand im Auftrag des forschenden Arzneimittelherstellers AstraZeneca.

Über das IGES Institut: Forschen – Entwickeln – Beraten für Infrastruktur und Gesundheit

Das IGES Institut wurde 1980 als unabhängiges Institut gegründet. Seither wurde in über 1.000 Projekten zu Fragen des Zugangs zur Versorgung, ihrer Qualität, der Finanzierung sowie der Gestaltung des Wettbewerbs im Bereich der Gesundheit gearbeitet. In jüngerer Zeit wurde das Spektrum auf weitere Gebiete der öffentlichen Daseinsvorsorge ausgeweitet: Mobilität und Bildung. Das IGES Institut gründet seine Arbeit auf hohe Sach- und Methodenkompetenz und bietet in allen Arbeitsgebieten einen breiten Zugang zu eigenen und zu Datenquellen anderer Institutionen. Gemeinsam mit den Unternehmen CSG und IMC (beide Berlin) sowie HealthEcon (Basel) beschäftigt die IGES Gruppe mehr als 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Presseinformation

Überblick: Fakten aus dem „Weißbuch Herz – Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland“

Das Krankheitsbild Akutes Koronarsyndrom (ACS)

- Das akute Koronarsyndrom (ACS) ist ein Sammelbegriff für lebensbedrohliche Erkrankungen der Herzkranzgefäße, die einer schnellen und zugleich dauerhaften Behandlung bedürfen.
- Ursache des ACS ist meist ein Blutgerinnsel, das ein Herzkranzgefäß teilweise oder ganz verstopft. Als Folge kann es zu instabiler Angina pectoris, aber auch zum Herzinfarkt oder plötzlichen Herztod kommen.
- Fast alle ACS-Patienten leiden unter mindestens einer Begleiterkrankung wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, starkes Übergewicht, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, stabile Angina pectoris oder anderen Erkrankungen der Herzkranzgefäße.
- Einige dieser sogenannten Komorbiditäten sind gleichzeitig ein eigener Risikofaktor für das Entstehen eines ACS.
- Ein ACS hat schwerwiegende Folgeerkrankungen: Re-Infarkte bzw. erneute Anginen, Herzinsuffizienz, kardiogener Schock, Tachykardien (Herzrasen) und Hirninfarkte (Schlaganfälle).

Vorkommen des ACS bzw. des Herzinfarkts

- Es gibt keine eigene, routinemäßige Berichterstattung über die Häufigkeit des ACS.
- Hinweise geben Statistiken der koronaren Herzkrankheit (KHK), von der das ACS eine phasenweise, lebensbedrohliche Ausprägung ist, sowie Daten zum Herzinfarkt.
- 9,3 % der Bundesbürger der Altersgruppe von 40 bis 79 Jahren (12,3 % der Männer, 6,4 % der Frauen) leiden an einer KHK. (*Gößwald 2013*)¹

Pressekontakt:

Gisela Angerer
Leiterin Kommunikation

T +49 30 230 809 341
presse@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

¹ Diese Studie lag zum Redaktionsschluss des „Weißbuch Herz“ noch nicht vor und wurde hier ergänzt.

- 4,7 % der Bundesbürger der Altersgruppe von 40 bis 79 Jahren (7,0 % der Männer, 2,5 % der Frauen) erleiden einen Herzinfarkt. (*Gößwald 2013*)¹
- Die Zahl der Herzinfarkt-Todesfälle geht seit Jahren zurück: Starben 2001 noch rund 65 Frauen und 83 Männer je 100.000 Bundesbürger (altersstandardisiert) an einem Herzinfarkt, waren dies 2011 noch 41 Frauen und 49 Männer, ein Rückgang der Todesrate um rund 37 bzw. 41 % (*Statistisches Bundesamt 2012: Todesursachenstatistik*).
- Der erste Herzinfarkt tritt bei Männern im Median mit 56 Jahren auf, neun Jahre früher als bei Frauen mit 65 Jahren (*Anand 2008*).
- 14% der Patienten mit einer ACS-Diagnose sterben innerhalb eines Jahres (*Zeymer 2011*)

Früherkennung und Prävention des ACS

- Zur Früherkennung des ACS können gesetzlich Versicherte ab 35 Jahren alle 2 Jahre eine Gesundheitsuntersuchung („Check-up-35“) nutzen.
- Die Teilnahme am Check-up-35 hat zwar zugenommen, lag 2010 aber immer noch bei weniger als der Hälfte (42%) der Über-35-Jährigen (*Bundesministerium für Gesundheit 2012, KG-3-Statistik*)

Notfallmedizinische Versorgung bei ACS

- 24% der Patienten mit einem Herzinfarkt im Alter zwischen 25-74 Jahre sterben vor der Ankunft in einem Krankenhaus (*KORA Herzinfarktregister nach Robert Koch-Institut 2012*).
- Eine möglichst kurze Zeit (Prähospitalzeit) von Symptombeginn bis zur stationären Akutversorgung bestimmt die Überlebenschance und den Therapieerfolg beim ACS.
- In der 1. Stunde nach Symptombeginn sind die Chancen einer Wiederherstellung der Durchblutung des Herzmuskelgewebes am größten.
- Herzinfarkt-Patienten, die sofort den Notarztwagen alarmieren statt zunächst einen niedergelassenen Arzt zu kontaktieren, haben eine deutlich kürzere Prähospitalzeit: 1,8 vs. 7,6 Stunden (*Maier 2011*).

- Vor allem bei Frauen und älteren Menschen kommt es bei einem Herzinfarkt zu einem verzögerten Beginn der Akutversorgung: Die Prähospitalzeit ist bei Frauen im Median um rund 50 Min. länger, bei Menschen über 75 Jahre um gut eine Stunde (*Mark 2006*).
- Experten führen die längere Prähospitalzeit bei Frauen nicht nur auf die bei Frauen unspezifischeren Herzinfarkt-Symptome zurück, sondern auch auf ein stärkeres Verharmlosen oder weniger Ernstnehmen der Anzeichen (*Weißbuch Herz 2013*).

Diagnostik und stationäre Versorgung bei ACS

- Die Koronarangiografie (Herzkatheteruntersuchung) ist nach gültigen Leitlinien der Goldstandard zur Untersuchung der Herzkranzgefäße auf mögliche Gefäßverengungen und -verschlüsse. Verengte Gefäßstelle(n) können im Rahmen einer perkutanen Koronarintervention (PCI) mit einem Ballon geweitet und ggf. mit einem Stent (Röhrchen) verstärkt werden.
- In Deutschland gibt es 1076 Kliniken für die Versorgung von Herzinfarkten. 36,5% verfügen über ein Herzkatheterlabor, somit ist in einem Drittel der Kliniken eine PCI möglich (*Zeymer 2010*).
- Das leitlinienorientierte therapeutische Vorgehen bei Herzinfarkt hat sich in den vergangenen 20 Jahren enorm verbessert. So stieg die PCI-Rate bei einer der Hauptformen des Herzinfarkts (STEMI-Infarkt) von 4,7% in den Jahren 1985 -89 auf 66,7% in den Jahren 2000-2004 (beim NSTEMI von 6,0% auf 53,6%) (*Kuch 2008*).
- Zugleich verringerten sich die Komplikationen wie ein erneuter, nicht-tödlicher Infarkt während der Zeit des Krankenhausaufenthaltes: von 7,2% in den Jahren 1985-89 auf 2,6% in den Jahren 2000-2004 (beim STEMI-Infarkt) bzw. von 7,1% auf 3,6% (beim NSTEMI-Infarkt) (*Kuch 2008*).

Medikamentöse Versorgung bei ACS

- Der Verbrauch von Arzneimitteln, die u. a. zur medikamentösen Therapie von ACS-Patienten eingesetzt werden, hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Insgesamt hat sich die sekundäre Arzneimittelprävention in Deutschland deutlich verbessert und ein hohes Niveau erreicht.
- Es gibt es eine Fehlversorgung bestimmter Patientengruppen, z. B. älterer Patienten, und eine mangelnde Kontinuität der Arzneimittelversorgung.

- Eine Registerstudie zeigt, dass die medikamentöse Behandlung von Herzinfarkt-Patienten bei Krankenhausentlassung in den verschiedenen Altersgruppen voneinander abweicht. Über 75-Jährige erhielten zu 71% einen Betablocker bzw. in 24% der Fälle ein Statin, jüngeren Patienten wurde hingegen zu 85,7% ein Betablocker bzw. zu 60% ein Statin verschrieben (*Schuler 2006*).
- Die Verordnungsprävalenz wichtiger Arzneimittel für die sekundäre Arzneimittelprävention nimmt über die Jahre stark ab: Erhalten 90 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus noch 82% der Patienten Betablocker, 73% Statine, 69% ACE-Hemmer und 66% ASS, waren es 5 Jahre nach Entlassung nur noch 36%, 17%, 31% und 10% (*Mangiapane 2011*).

Kosten der ACS-Versorgung

- Herzinfarkt-Patienten haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dies resultiert vor allem aus Ängsten bzw. Depression, Schmerzen bzw. Unwohlsein und Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten. Eine Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität empfinden jüngere Patienten stärker als Ältere, Frauen häufiger als Männer.
- Die direkten Krankheitskosten für alle Erkrankungen sind in Deutschland von 2002 auf 2008 um 16,2 % gestiegen; im gleichen Zeitraum haben die Kosten für die Behandlung des Myokardinfarkts um 73,8 % (von 1.066 Mio. Euro auf 1.853 Mio. Euro) zugenommen (*Statistisches Bundesamt 2012: Krankheitskosten*).
- Diese direkten Krankheitskosten für Herzinfarkt-Patienten fielen im Jahr 2008 zu 71 % im stationären Sektor an; die ambulante ärztliche Versorgung machte 5 % der Kosten aus, Rehabilitationsmaßnahmen sowie der Rettungsdienst jeweils 4,6 % (*Statistisches Bundesamt 2012: Krankheitskosten*).
- Der größte Anteil der Herzinfarkt- bzw. ACS-bezogenen Versorgungskosten entfällt somit auf die stationäre Behandlung und liegt bei ca. 6.240 Euro je Behandlungsfall (*Statistisches Bundesamt 2012: Krankheitskosten*).

Literaturverzeichnis

- Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J*. 2008 Apr;29(7):932-40.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012). KG 3-Statistik. URL: www.gbe-bund.de;
- Gößwald A, Schienkiewitz A, Nowossadeck E, Busch MA. Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Vol 56. 2013(5/6):650-5.
- Kuch B, Heier M, von Scheidt W, Kling B, Hoermann A, Meisinger C. 20-year trends in clinical characteristics, therapy and short-term prognosis in acute myocardial infarction according to presenting electrocardiogram: the MONICA/KORA AMI Registry (1985-2004). *J Intern Med*. 2008 Sep;264(3):254-64.
- Maier B. Versorgung von PatientInnen mit Herzinfarkt: Aktuelle Situation in Berlin: Daten des Berliner Herzinfarktregisters. Vortrag auf dem BHIR Symposium, 14.11.2011. 2011.
- Mangiapanè S, Busse R. Prescription prevalence and continuing medication use for secondary prevention after myocardial infarction: the reality of care revealed by claims data analysis. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Dec;108(50):856-62.
- Mark B, Meinertz T, Fleck E, Gottwik MG, Becker H-J, Jünger C, et al. Stetige Zunahme der Prähospitalzeit beim akuten Herzinfarkt: Eine Analyse der Entwicklung im bundesweiten Infarktregister (MITRAplus). *Dtsch Arztebl International*. 2006 May 19; 2006;103(20):1378-.
- Robert Koch-Institut (Hrsg). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie » Gesundheit in Deutschland aktuell 2010« (2012). URL: <http://www.rki.de>
- Schuler J, Maier B, Behrens S, Thimme W. Present treatment of acute myocardial infarction in patients over 75 years--data from the Berlin Myocardial Infarction Registry (BHIR). *Clin Res Cardiol*. 2006 Jul;95(7):360-7.
- Statistisches Bundesamt 2012: Krankheitskosten. URL: www.gbe-bund.de
- Statistisches Bundesamt 2012: Todesursachenstatistik. URL: www.gbe-bund.de
- Statistisches Bundesamt 2013: Krankenhausstatistik. URL: www.gbe-bund.de
- Zeymer U, Zahn R, Gitt A, Dech M, Senges J. [Aktuelle Versorgungsstruktur der Therapie des akuten Herzinfarkts in Deutschland. *Der Kardiologe* 2010;4(3):231-5.
- Zeymer U, Jünger C, Zahn R, Senges J, Gitt AK. P1647 - Aktuelle 1-Jahressterblichkeit von Patienten nach akuten koronaren Syndromen. Resultate des MITRA-Plus Registers. *Clin Res Cardiol* April 2011. 2011;100, Suppl 1, .

Pressekonferenz

Weißbuch Herz

Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland

28. August 2013

9.30 Uhr, Tagungszentrum der Bundespressekonferenz

Hans-Holger Bleß

Leiter des Bereichs Versorgungsforschung

IGES Institut, Berlin

Die Versorgung herzkranker Menschen mit akutem Koronarsyndrom: Epidemiologie, Therapien und Kosten.

Erkenntnisse aus dem Weißbuch Herz

Weißbuch Herz: Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland

Hans-Holger Bleß, IGES Institut

Pressekonferenz

Haus der Bundespressekonferenz, 28. August 2013

- **Weißbuch Herz – Versorgung des Akuten Koronarsyndroms (ACS)**
- **Epidemiologie, Früherkennung und Primärprävention**
- **Versorgungssituation von ACS-Patienten in Deutschland**
- **Gesundheitsökonomische Aspekte**
- **Handlungsbedarf und Lösungsansätze**



Weißbuch Herz – Akutes Koronarsyndrom

Was ist ein Weißbuch?

Weißbücher („White Papers“)

- Systematische Sichtung des vorhandenen Datenmaterials
- Umfassende Aufbereitung aller Versorgungsaspekte und -bereiche
- Neutrale Information und verlässliche Daten zur Versorgungsgestaltung
- Identifizierung von Stärken und Versorgungsmängeln, Versorgungszielen bzw. Handlungsbedarf

Akutes Koronarsyndrom (ACS)

- Hohe Prävalenz („Volkskrankheit“)
 - Führend in Todesursachenstatistik
 - Referenzwerk über die Versorgung des ACS in Deutschland als Beitrag für die künftige Versorgungsgestaltung
-

Weißbuch Herz – Akutes Koronarsyndrom

Welche Inhalte werden dargestellt?

1. Ursachen, Symptome, Begleit- und Folgeerkrankungen
 2. Epidemiologie
 3. Früherkennung u. Primärprävention
 4. Prähospitale Notfallversorgung
 5. Diagnostik und stationäre Versorgung
 6. Medikamentöse Versorgung
 7. Kardiologische Anschlussheilbehandlung
 8. Ambulante Versorgung
 9. Akteure der ACS-Versorgung
 10. Gesundheitsökonomische Aspekte
 11. Anforderungen an eine angemessene Versorgung
-

Weißbuch Herz – Akutes Koronarsyndrom

Welche Experten wurden einbezogen?

- Katrin Berger
- Dipl.-med. Ingrid Dänschel
- Prof. Dr. Harald Darius
- Dr. Franz Goss
- Michael Jacobs
- Prof. Dr. Bernhard Schwaab
- Prof. Dr. Ulrich Tebbe
- Evert Jan van Lente
- Prof. Dr. Uwe Zeymer

ambulante haus- und
fachärztliche Versorgung

stationäre Behandlung
und Rehabilitation

Mediziner und nicht
ärztliche Berufe

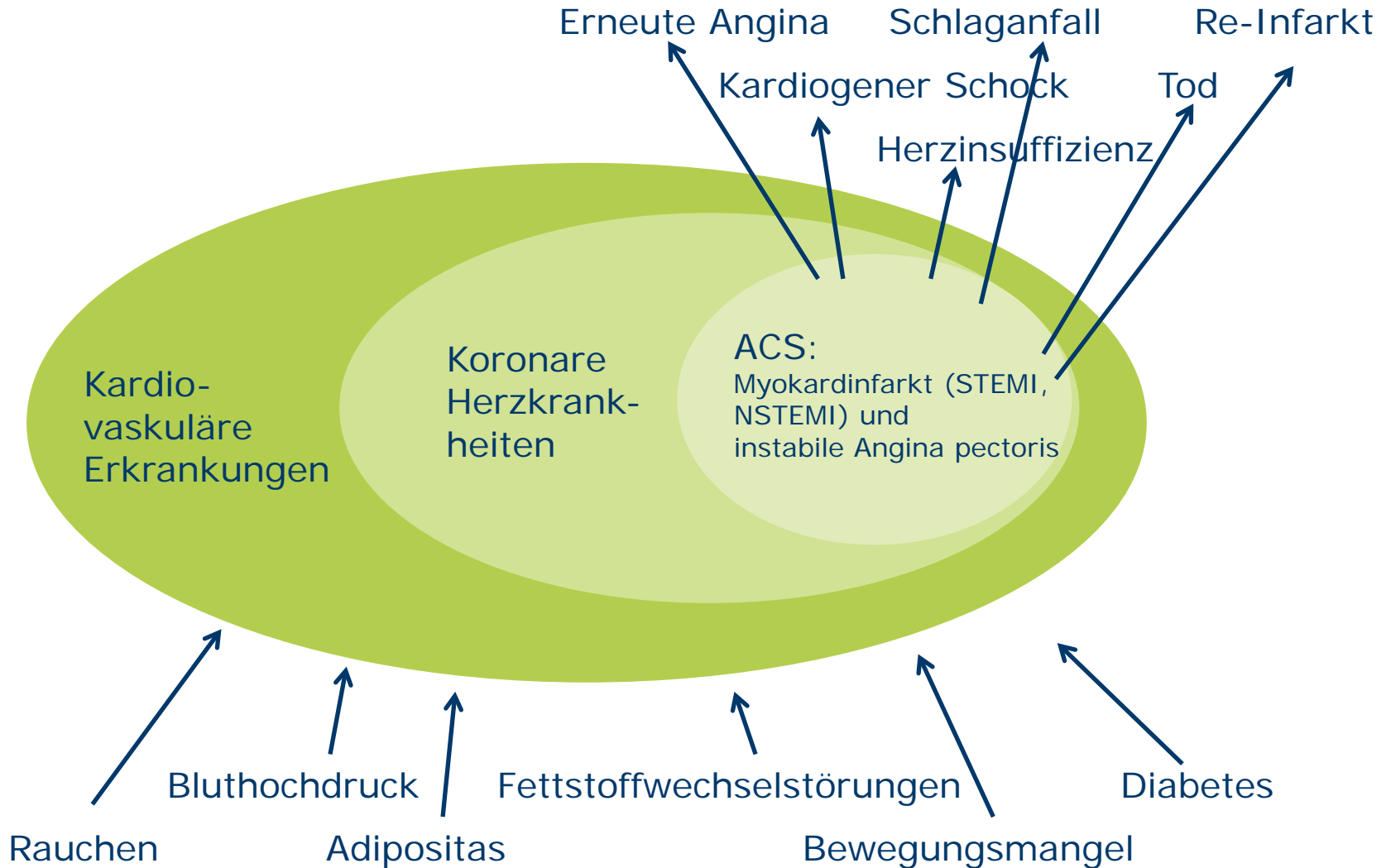
gesetzliche und private
Krankenversicherung

Epidemiologie und
Versorgungsforschung

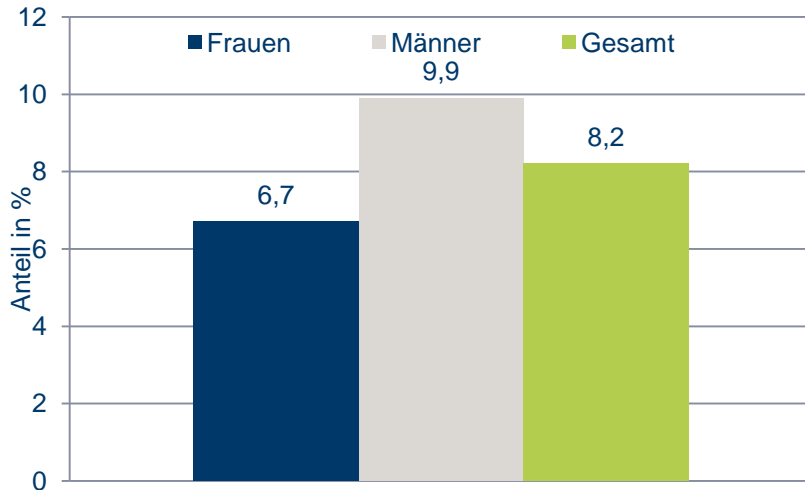
2. Epidemiologie, Früherkennung und Primärprävention

Epidemiologie

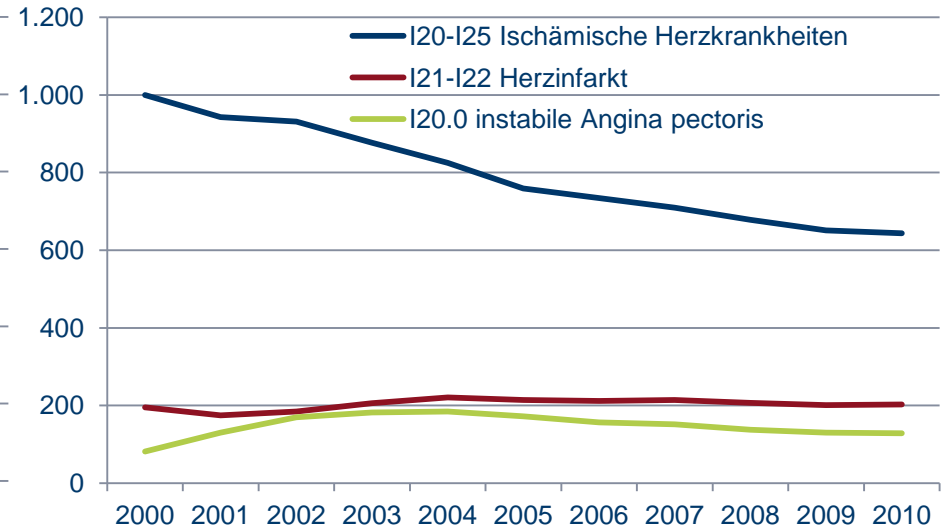
Krankheitsbild ACS



Lebenszeitprävalenz KHK, 2010



Anzahl vollstationärer Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert), 2000–2010



- Keine routinemäßige Berichterstattung über Häufigkeit des ACS in Deutschland

Quellen: RKI: GEDA 2010; Statistisches Bundesamt 2012

Früherkennung: Gesundheitsuntersuchung „Check-up-35“

- Ziel: frühzeitige Entdeckung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen sowie Diabetes anhand von Risikofaktoren
- Teilnehmerrate 2009/2010: 47% Frauen, 44% Männer
- Ursachen für Nicht-Inanspruchnahme sowohl bei Patienten, als auch bei Ärzten zu finden
- Bestimmung des Herzinfarkt-Risikos mittels Risiko-Scores
 - Trotz Leitlinien-Empfehlung nur geringe praktische Anwendung
 - 1998-2003: 23 % der Hausarztpatienten erhöhtes kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko

Quellen: Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung; Zok 2007; Huy 2012; Othmann 2008; Krogsbøll 2012; Gohlke 2012; Geller 2007; Oriol-Zerbe 2007 ;

Primärprävention

- Zahlreiche Angebote: Einzelmaßnahmen, multifaktorielle Programme, Setting-Ansatz, nationale Informations- oder Mit-Mach-Kampagnen
- Inanspruchnahme von mind. 1 präventiven Einzelmaßnahme 2007-2009: 17 % (Frauen: 21 %; Männer: 12 %)
- Keine nationale Präventionsstrategie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Präventionsgesetz erneut im politischen Entscheidungsprozess
 - Ziel: (finanzielle) Stärkung der Prävention sowie gemeinsame Strukturen, Ziele und Evaluation
 - Gesundheitsförderliches Verhalten (Nicht-Rauchen, Bewegung, Ernährung, Gewichtsreduktion) senkt Mortalitätsrisiko
- Effekte von Primärprävention nicht abschließend geklärt

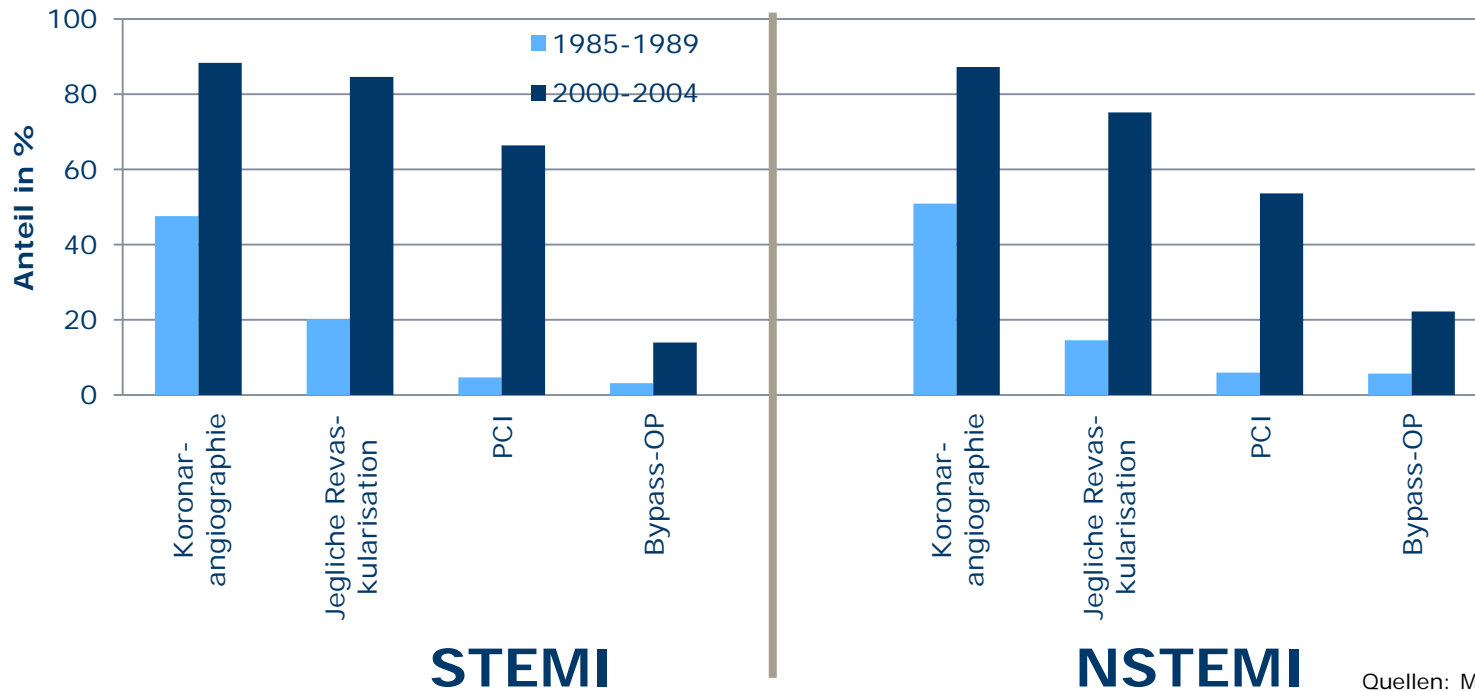
3. Versorgungssituation von ACS-Patienten in Deutschland

- Möglichst kurze Zeit von Symptombeginn bis zur stationären Akutversorgung erhöht Überlebenschance und Therapieerfolg
- 24 % der Patienten mit Myokardinfarkt versterben schon prähospital (2001-2003, KORA)

Einflussfaktoren der Prähospitalzeit

- Entscheidungszeit: von Symptombeginn bis Notruf variiert nach verschiedenen patientenabhängigen Faktoren
- Hilfsfrist: Notruf bis Eintreffen Rettungsdienst regional unterschiedlich, $\emptyset \leq 15$ Min
- Ziel: ≤ 10 Min. von med. Kontakt bis EKG; dafür Ausstattung mit EKG und notärztlich besetzter Rettungsdienst erforderlich
- EKG-Befund soll über Wahl des Krankenhauses entscheiden; positive Evidenz für Herzinfarktnetzwerke vorhanden

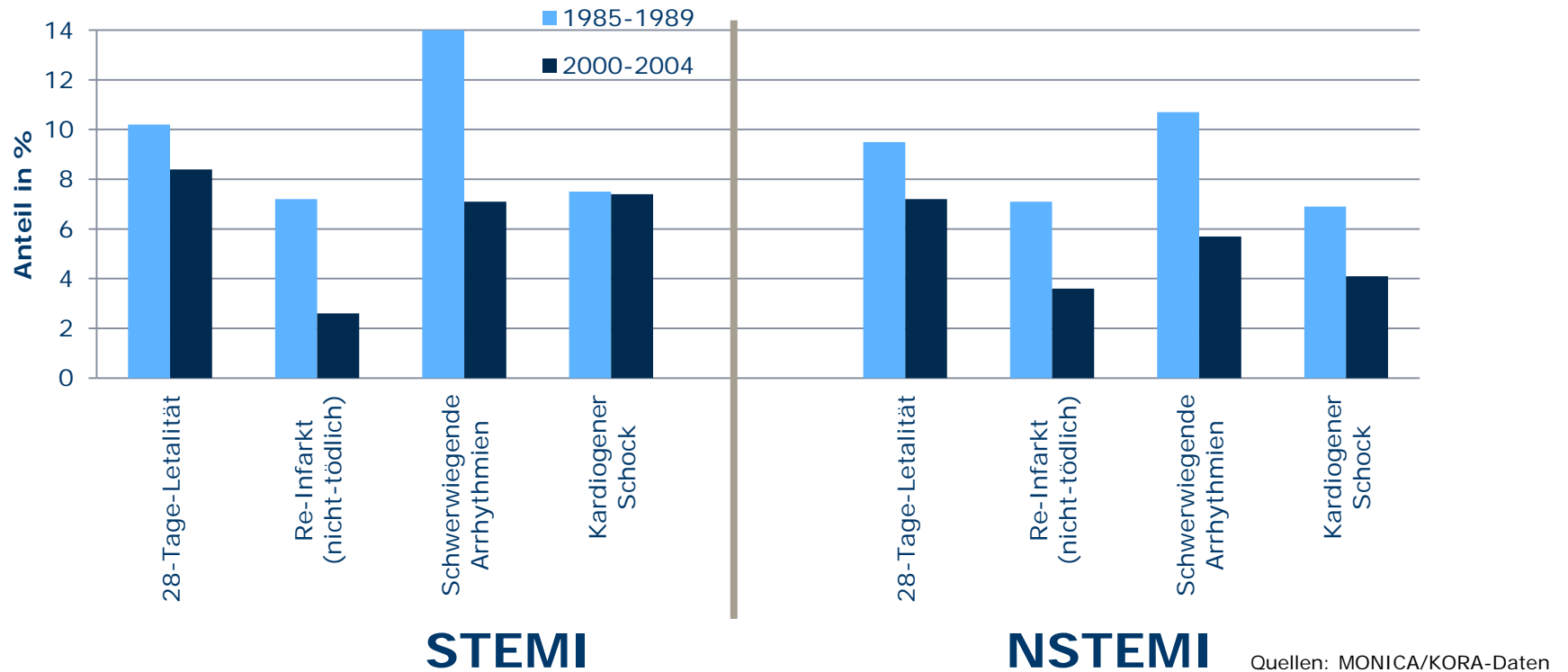
Anwendung diagnostischer und therapeutischer Strategien bei Herzinfarkt, Region Augsburg



Quellen: MONICA/KORA-Daten

- Anteil durchgeführter Interventionen zeigt ansteigende PCI-Raten im Zeitverlauf
- Vorhandene Daten zeigen Trend zur leitliniennahen Versorgung

Letalität und Komplikationen bei Herzinfarkt, Region Augsburg



➤ Rückgang von Letalität und Komplikationen im Zeitverlauf

Kardiologische Rehabilitation

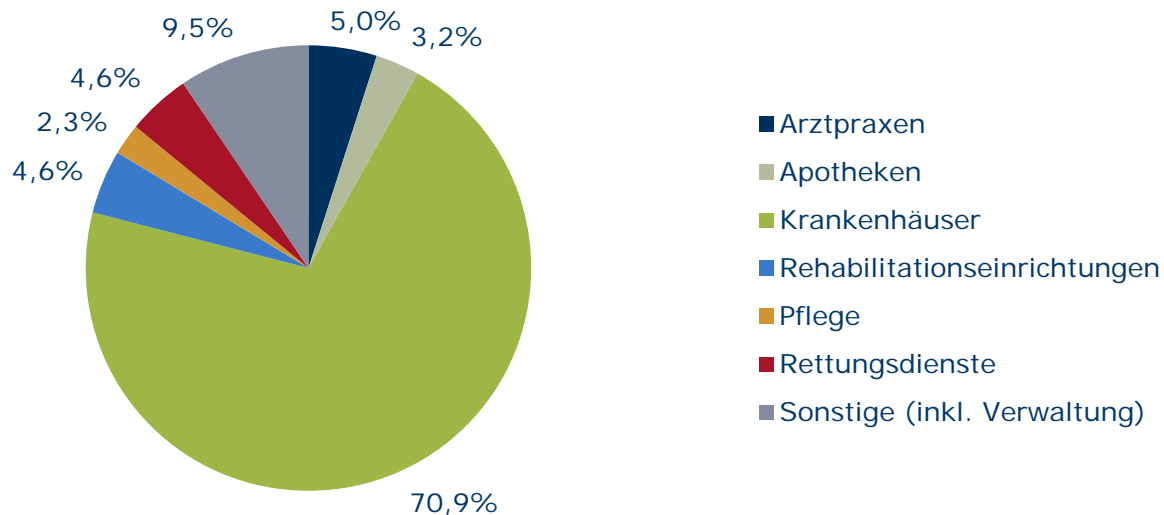
- Inanspruchnahme kardiolog. AHB nach Infarkt: 68% der STEMI- und 52% der NSTEMI-Patienten (2000-2002 ACOS-Register)
- Wirksamkeit stationärer und ambulanter kardiologischer Reha bei Myokardinfarkt-Patienten vergleichbar; unklar bei IA

Ambulante und medikamentöse Nachsorge

- Hausärztliche Nachsorge über mind. 1 Jahr bei den meisten ACS-Patienten
- Medikamentöse Langzeitversorgung im Zeitverlauf verbessert; aber immer noch Verbesserungspotential hinsichtlich leitlinienkonformer Arzneimitteltherapie bei bestimmten Patientengruppen oder mit bestimmten Arzneimitteln

4. Gesundheitsökonomische Aspekte

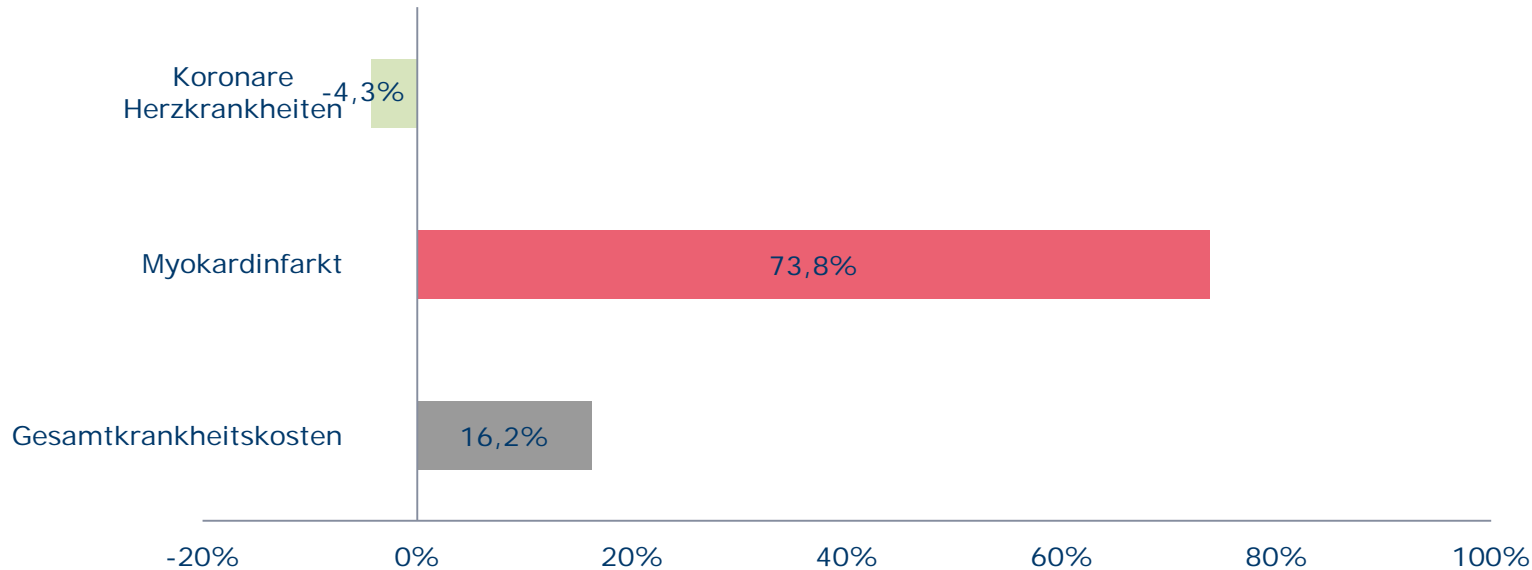
- 2008: 6,2 Mrd. € Krankheitskosten für ischämische Krankheiten, davon 1,85 Mrd. € für Myokardinfarkt, verteilt auf:



Quelle: Stat. Bundesamt, Krankheitskostenstatistik

- stationäre Behandlungskosten: Ø 6.240€ je Fall

Veränderung der Krankheitskosten von 2002 bis 2008



Quelle: Stat. Bundesamt, Krankheitskostenstatistik

- Überproportionale Kostensteigerung für Myokardinfarkt, die sich nur teilweise mit veränderten stationären Fallzahlen erklären lässt

5. Handlungsbedarf und Lösungsansätze

- Ausdifferenzierung des Check-up-35 bzw. Entwicklung geeigneter Screening-Programme
 - Anpassung des Check-Up an verschiedene Altersstufen
 - eine differenziertere Betrachtung der Laborwerte
 - eine Erweiterung des Untersuchungsspektrums
 - die Nutzung von Risiko-Scores
 - Evaluation der Maßnahmen erforderlich
 - Erhöhung der Teilnehmerquote
 - Gezieltes Anreizsystem für Patienten mit erhöhtem Risiko
 - Termin-Erinnerungssysteme
 - Sensibilisierung bzw. Motivierung von Hausärzten
-

- Ausbau und Förderung von gesundheitsförderlichem Verhalten als gesellschaftliche Aufgabe
- Präventionsgesetz zur Stärkung und Sicherung von Primärprävention
- Schaffung eines nationalen Herzkreislauf-Präventionsprogramms mit
 - Kontinuierlichen massenmedialen Aufklärungskampagnen sowie Wissensvermittlung in Kitas und Schulen
 - Settingbezogene Maßnahmen ergänzt durch individuelle risikostratifizierte Primärprävention
 - Evaluation der Präventionsmaßnahmen
 - Klärung der Finanzierung (z.B. Steuern, auf individueller Ebene über Krankenkassen)

- Schnellere Erstversorgung und Transport in ein geeignetes Krankenhaus
 - Zeitnahe Alarmierung des Rettungsdienstes durch kontinuierliche Aufklärungsarbeit erhöhen
 - Rettungssanitäter so ausbilden, dass sie ein EKG auswerten, STEMI bzw. NSTEMI-ACS diagnostizieren und darauf basierend ein geeignetes Krankenhaus ansteuern können
 - Abschaffung der Kreis- oder Landes-Grenzen im Rettungswesen, damit Wahl des Krankenhauses ausschließlich nach patientenorientierten Kriterien erfolgt
 - Vereinbarung klarer Verantwortlichkeiten zwischen primär aufnehmendem und Interventionskrankenhaus bei Verlegungen
 - Auswertung und Veröffentlichung von Daten über Rettungstransporte
-

IGES Institut
Hans-Holger Bleß

www.iges.de

Pressekonferenz

Weißbuch Herz

Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland

28. August 2013

9.30 Uhr, Tagungszentrum der Bundespressekonferenz

Prof. Uwe Zeymer

Leitender Oberarzt Medizinische Klinik,

Klinikum der Stadt Ludwigshafen

Aktuelle Versorgungssituation des akuten Koronarsyndroms in Deutschland und
Verbesserungsmöglichkeiten

Versorgungsrealität des ACS in Deutschland

Uwe Zeymer

Herzzentrum Ludwigshafen

Institut für Herzinfarktforschung Ludwigshafen

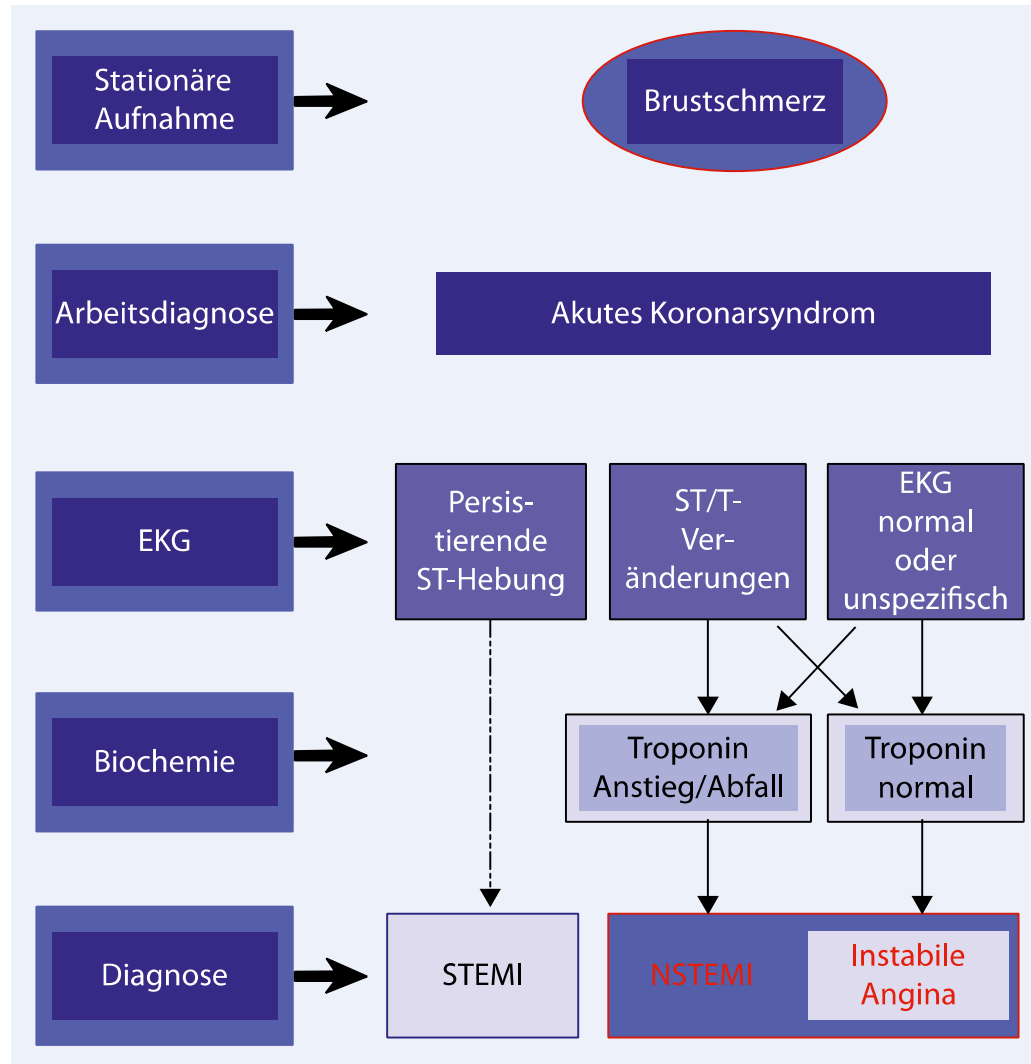


Therapie des ACS

Leitlinie und Realität

- ✓ Was empfehlen die Leitlinien ?
- ✓ Wie ist die Umsetzung in Deutschland ?

Einteilung der akuten koronaren Syndrome (ACS)



STEMI-Leitlinien

Reperfusionstherapie









Reperfusion therapy

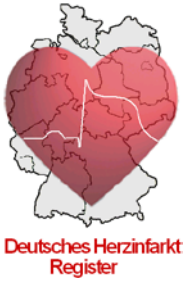
Recommendations	Class	Level
Reperfusion therapy is indicated in all patients with symptoms of <12 h duration and persistent ST-segment elevation or (presumed) new LBBB.	I	A
Reperfusion therapy (preferably primary PCI) is indicated if there is evidence of ongoing ischaemia, even if symptoms may have started > 12 h beforehand or if pain and ECG changes have been stuttering.	I	C
Reperfusion therapy with primary PCI may be considered in stable patients presenting 12-24 h after symptom onset.	IIb	B
Routine PCI of a totally occluded artery > 24 h after symptom onset in stable patients without signs of ischaemia (regardless of whether fibrinolysis was given or not) is not recommended.	III	A

ECG = electrocardiogram; i.v. = intravenous; LBBB = left bundle branch block; PCI = percutaneous coronary intervention.

Institut für Herzinfarktforschung

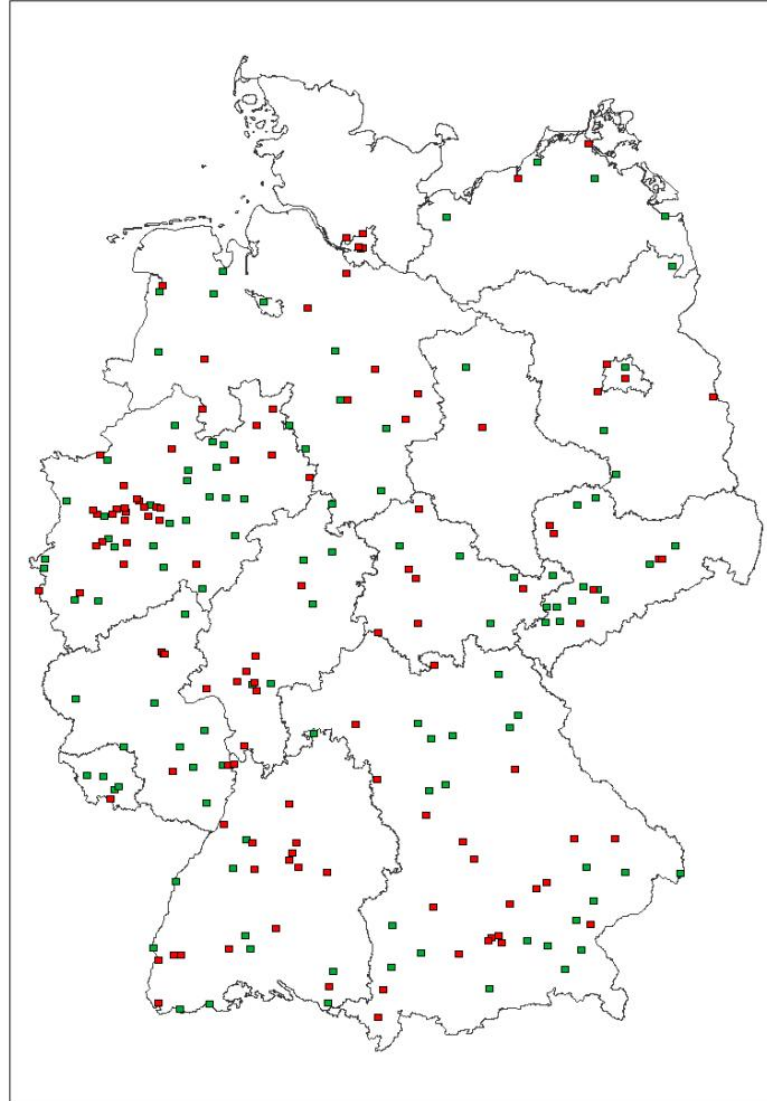
MI / ACS Registries

Study	Subject	Period	n=
60-Min MIP 	STEMI	1992-1994	15.421
MITRA-1/2 	STEMI	1994-2001	11.808
MIR-1/2 	STEMI	1996-1999	17.092
ACOS 	ACS	2002-2004	17.258
GOAL 	ACS / PCI	2003-2004	2.888
OPTAMI 	STEMI / NSTEMI	2005-2008	2.432
SWEETHEART 	STEMI / NSTEMI	2007-2008	4,967
DHR 	STEMI	2007-2009	7,000



Versorgung des STEMI in Deutschland

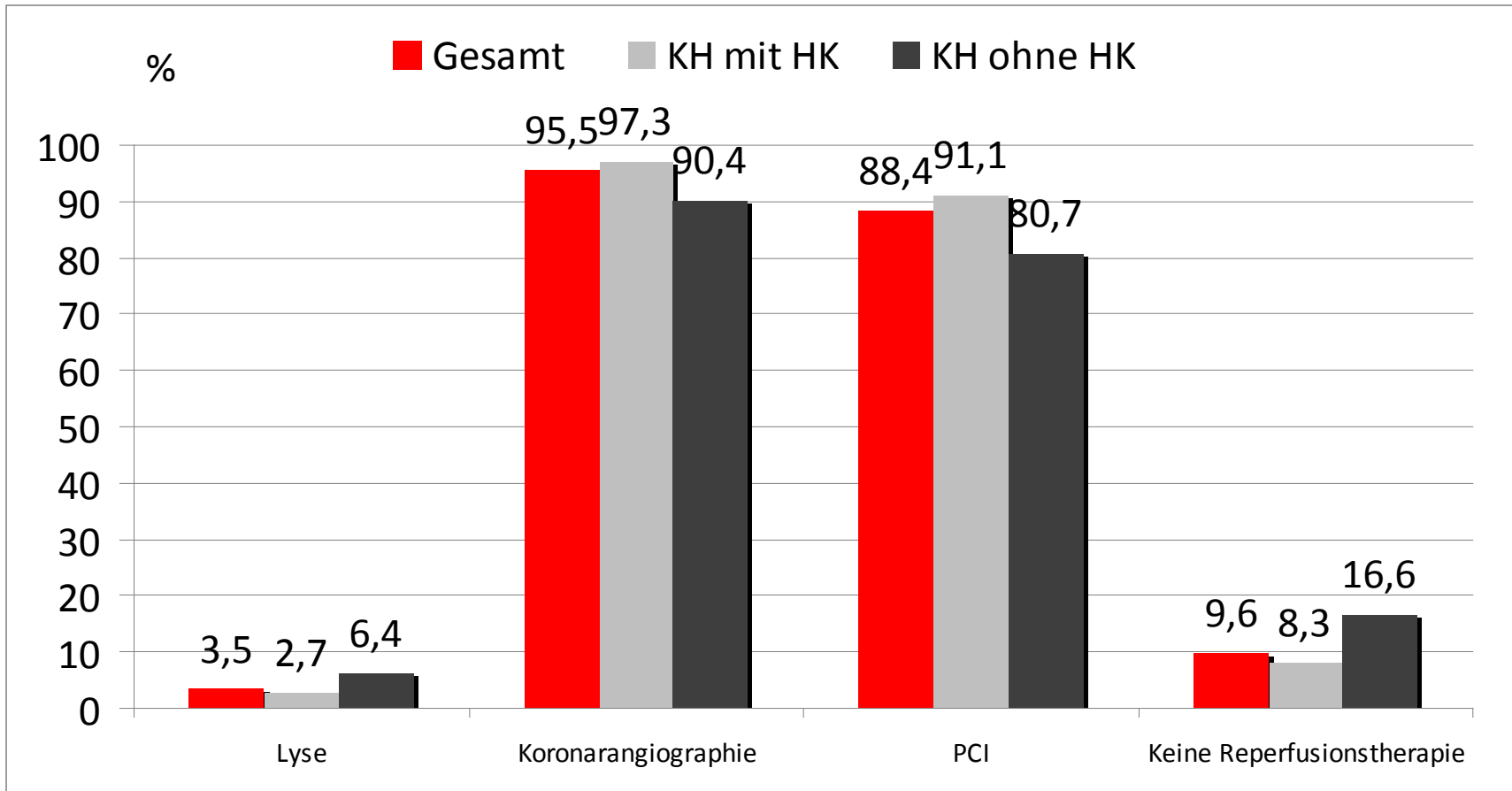
n=280



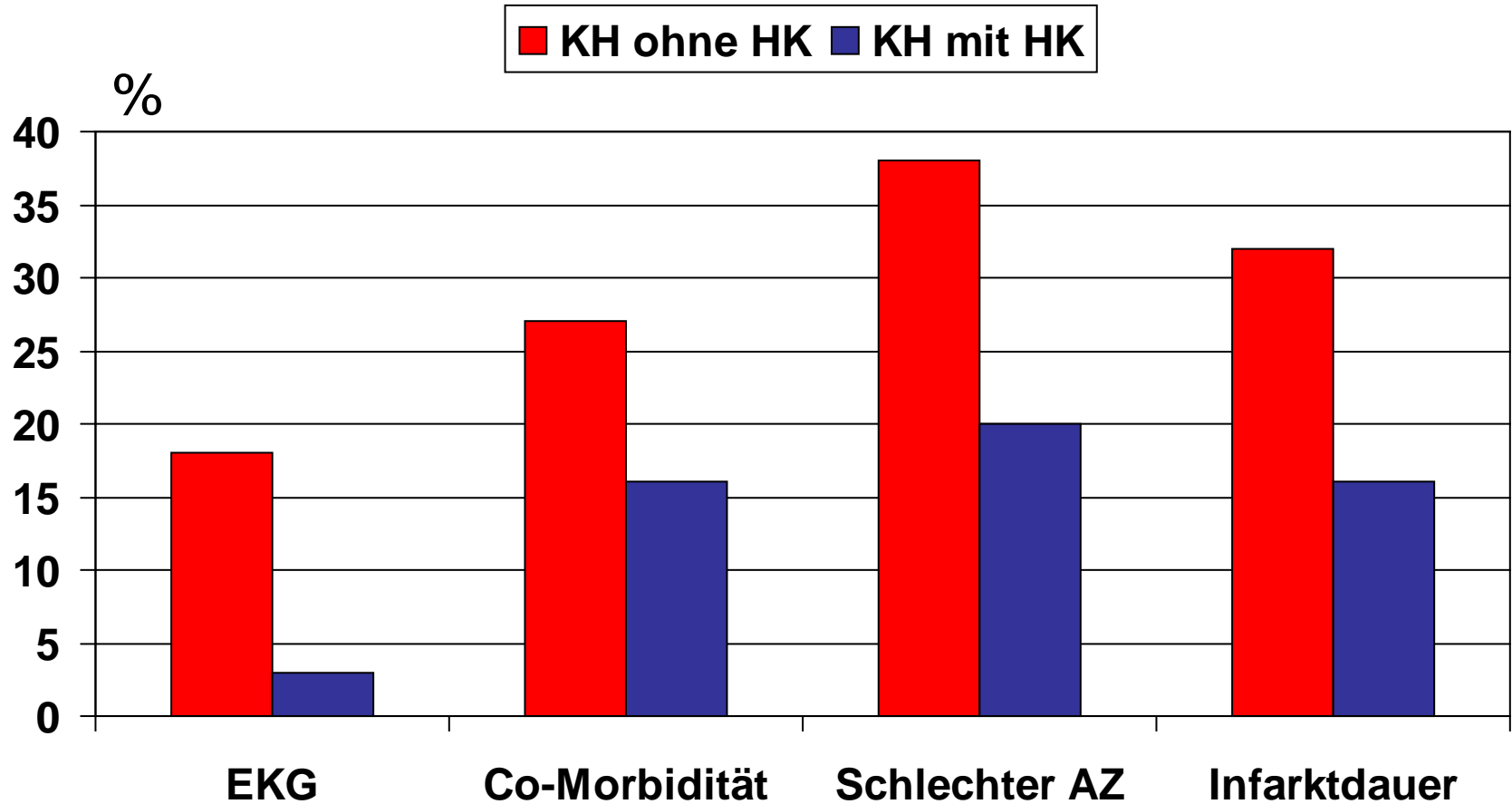


Deutsches Herzkatheterregister

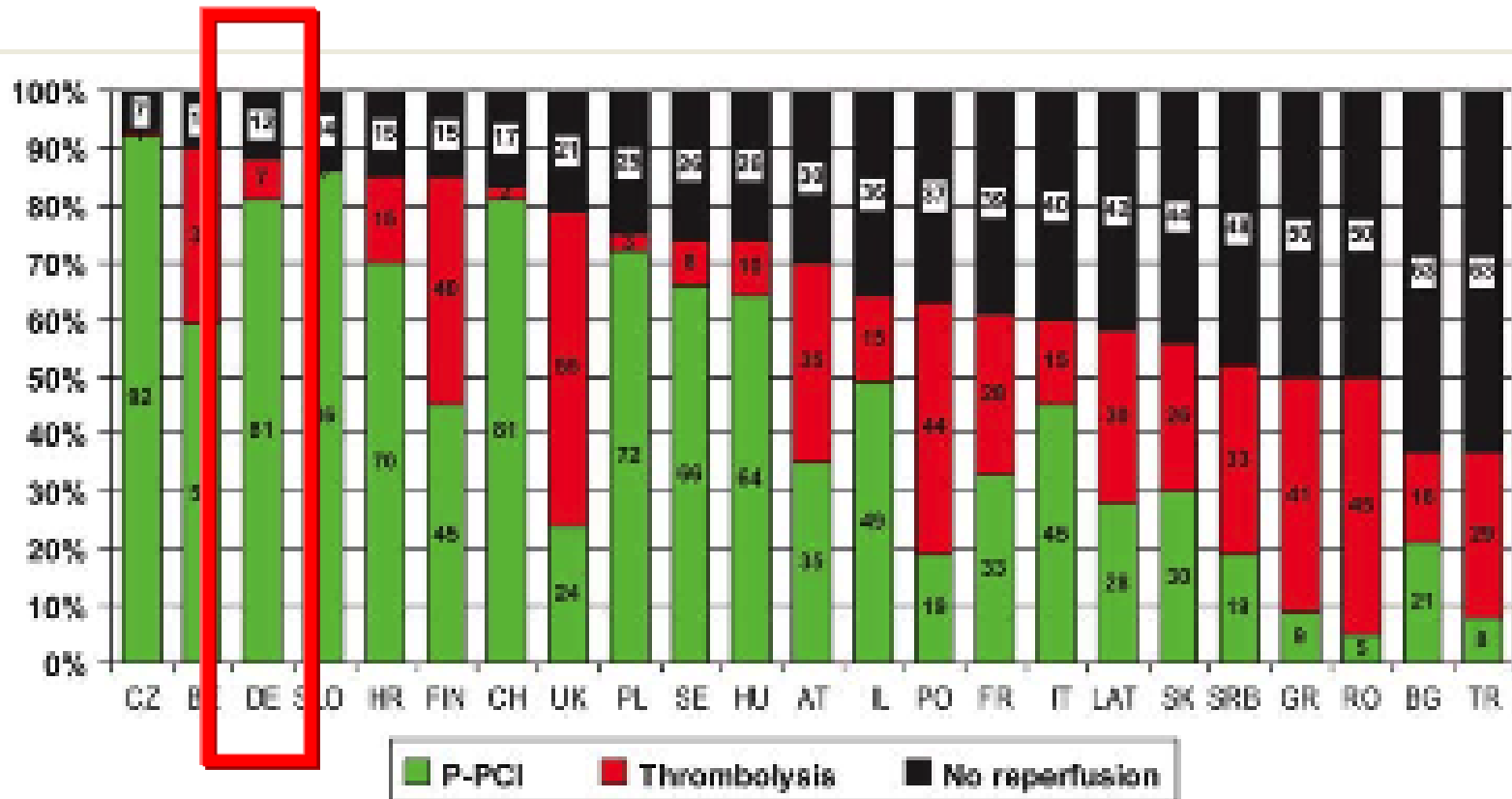
Reperfusionstherapie beim STEMI



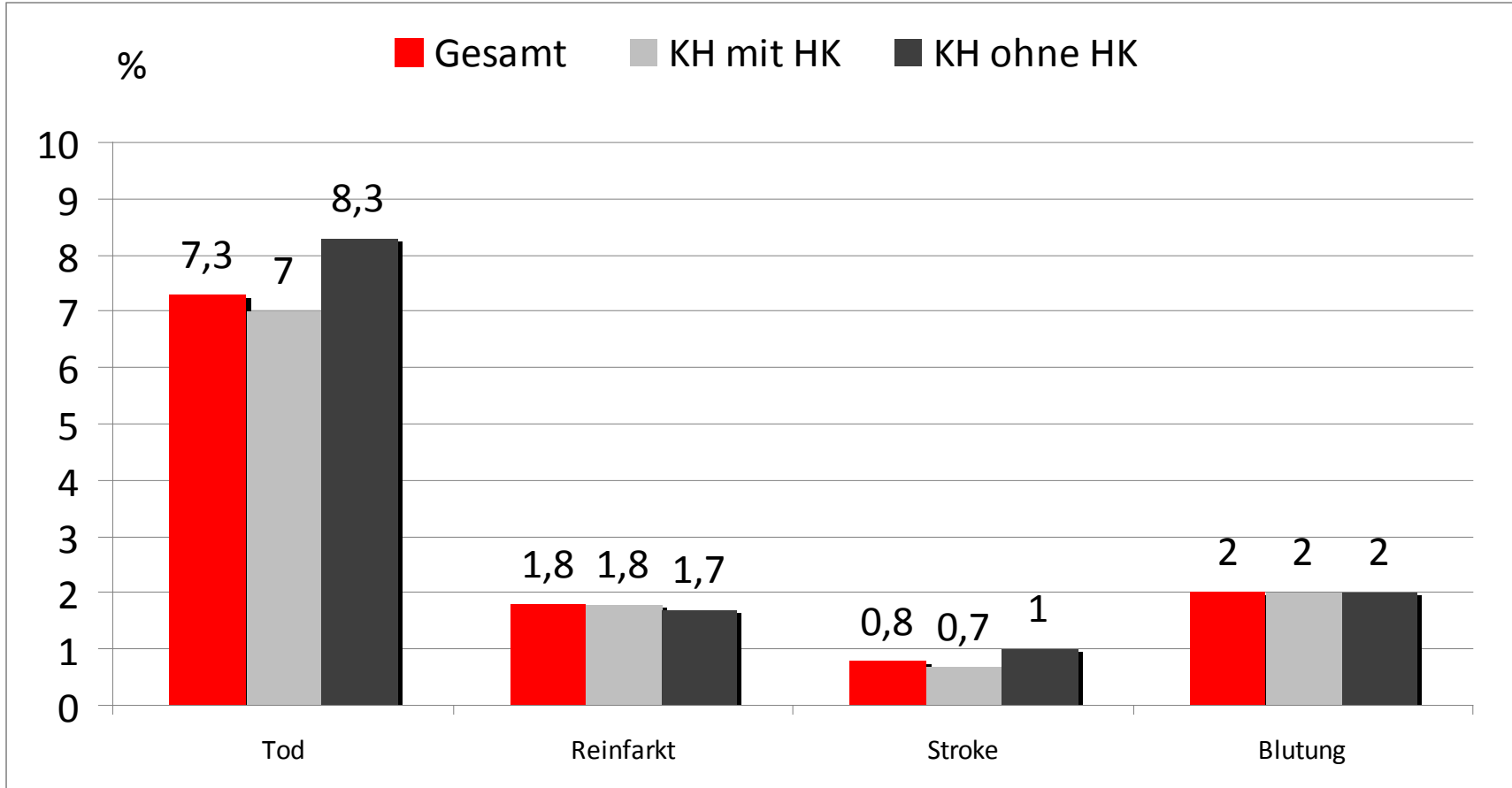
Gründe gegen eine Reperfusionstherapie nach Erstversorgung



Reperfusion beim STEMI in Europa



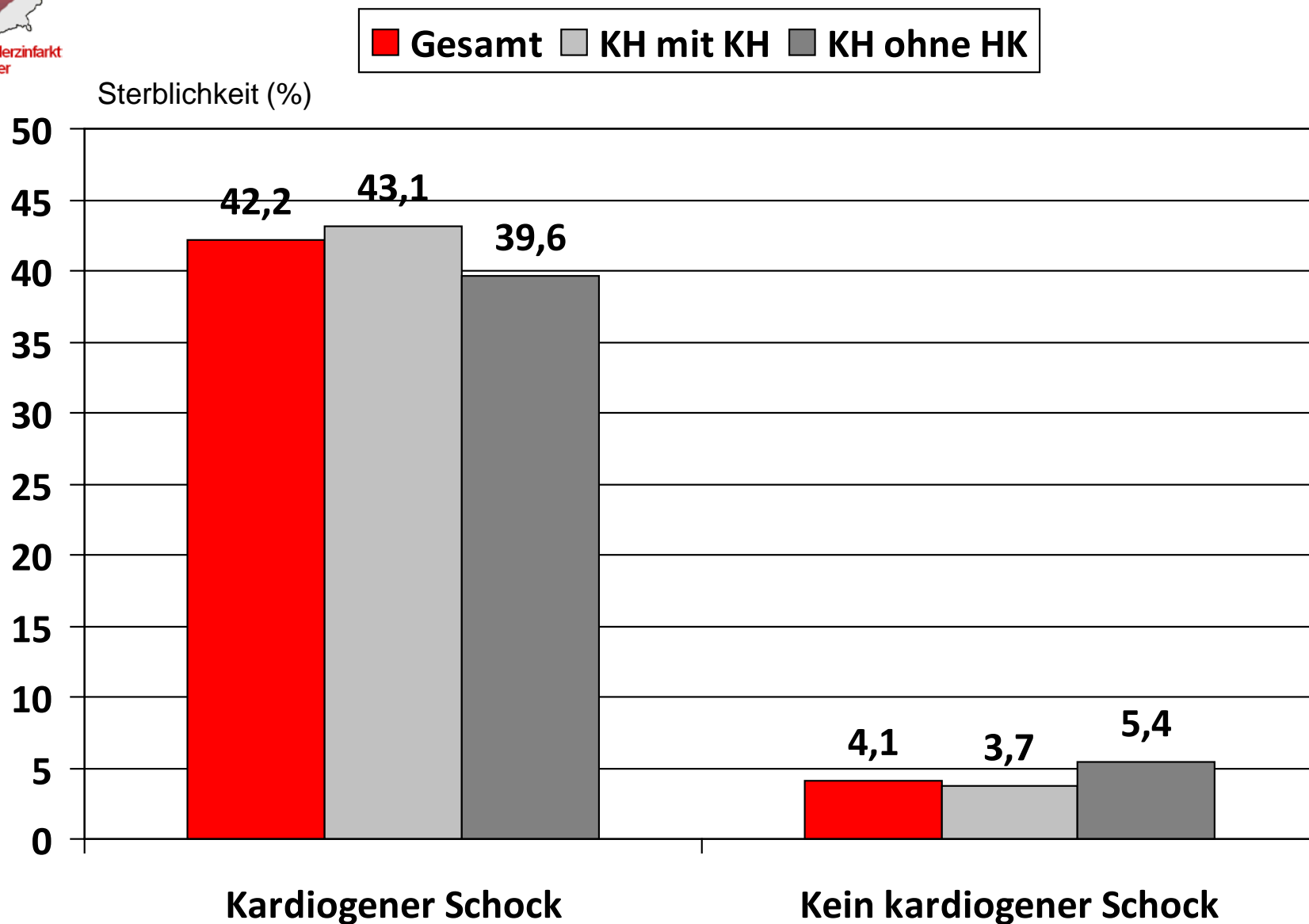
Krankenhaussterblichkeit beim STEMI



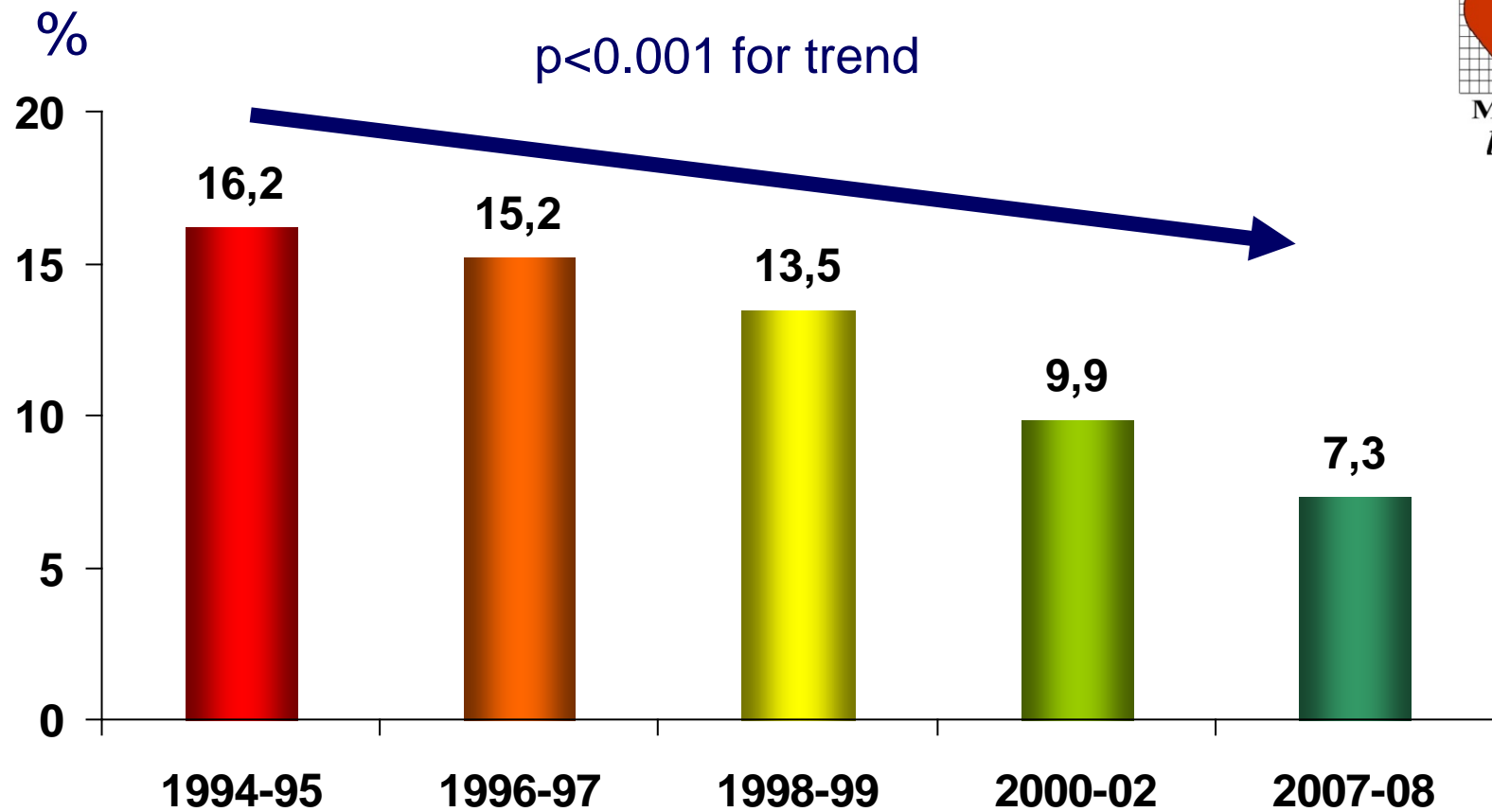


Deutsches Herzinferkt
Register

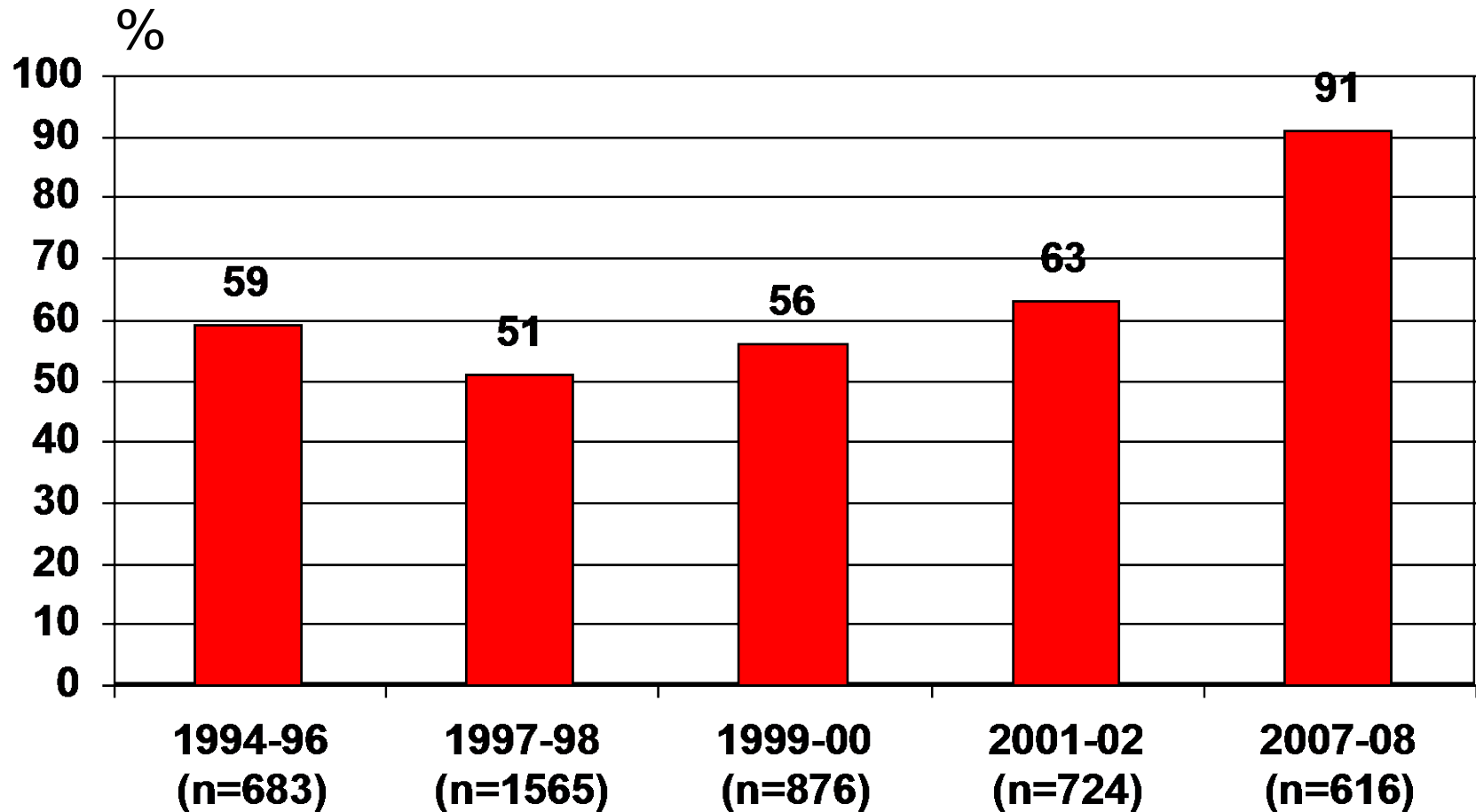
Sterblichkeit in Abhängigkeit vom kardiogenen Schock



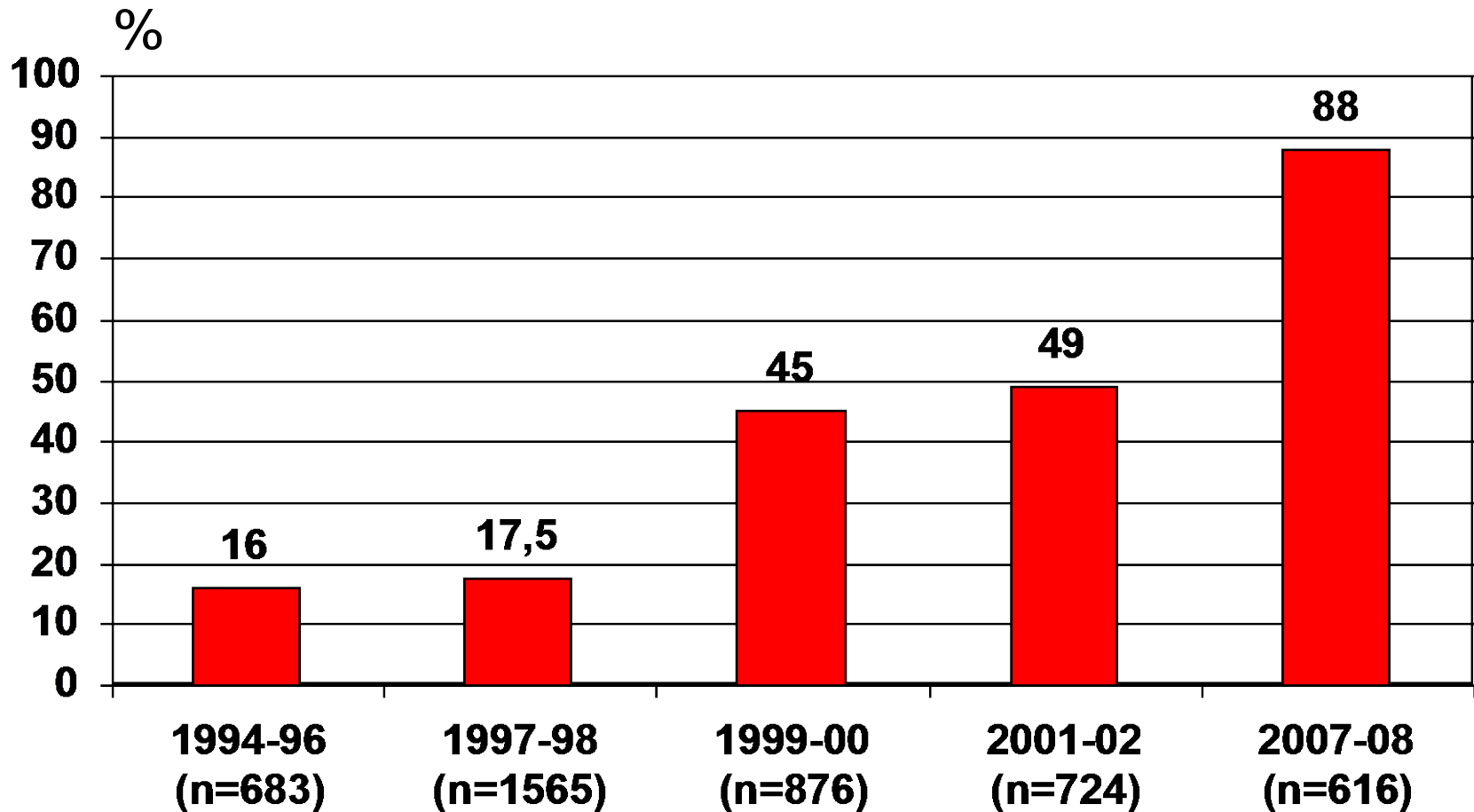
Krankenhaussterblichkeit beim STEMI Deutschland 1994-2008



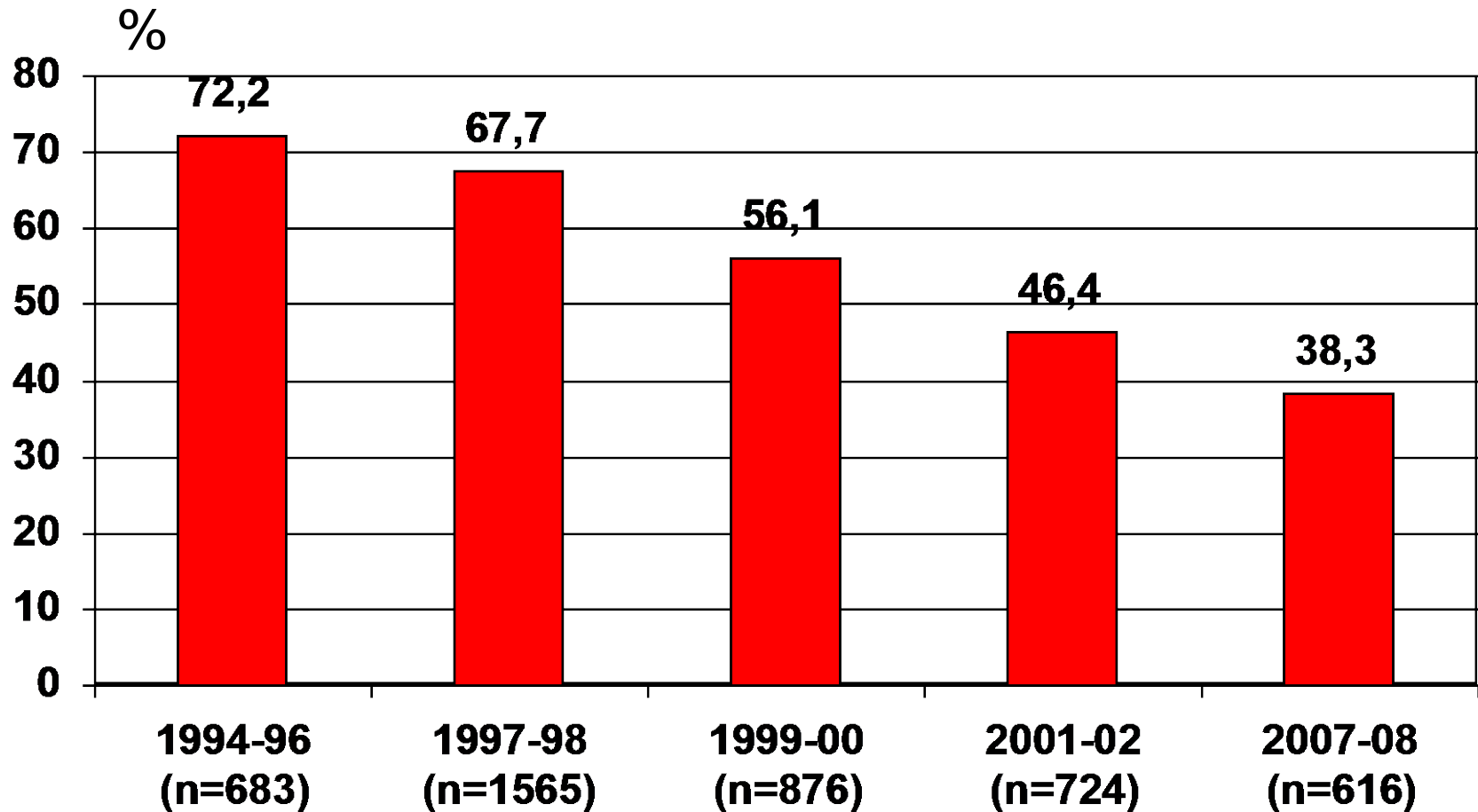
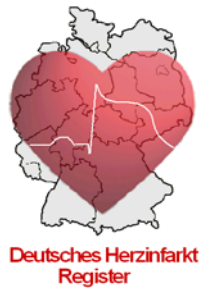
Frühe Reperfusionstherapie beim kardiogenem Schock (Fibrinolyse oder primäre PCI)



Einsatz der frühen PCI beim kardiogenen Schock



Krankenhaussterblichkeit beim kardiogenen Schock



Medikamentöse Therapie des ACS

The Big Five

- ✓ Aspirin
- ✓ ADP-Rezeptor Antagonist (Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor)
- ✓ Beta-Blocker
- ✓ ACE-Hemmer/ARB
- ✓ Statin

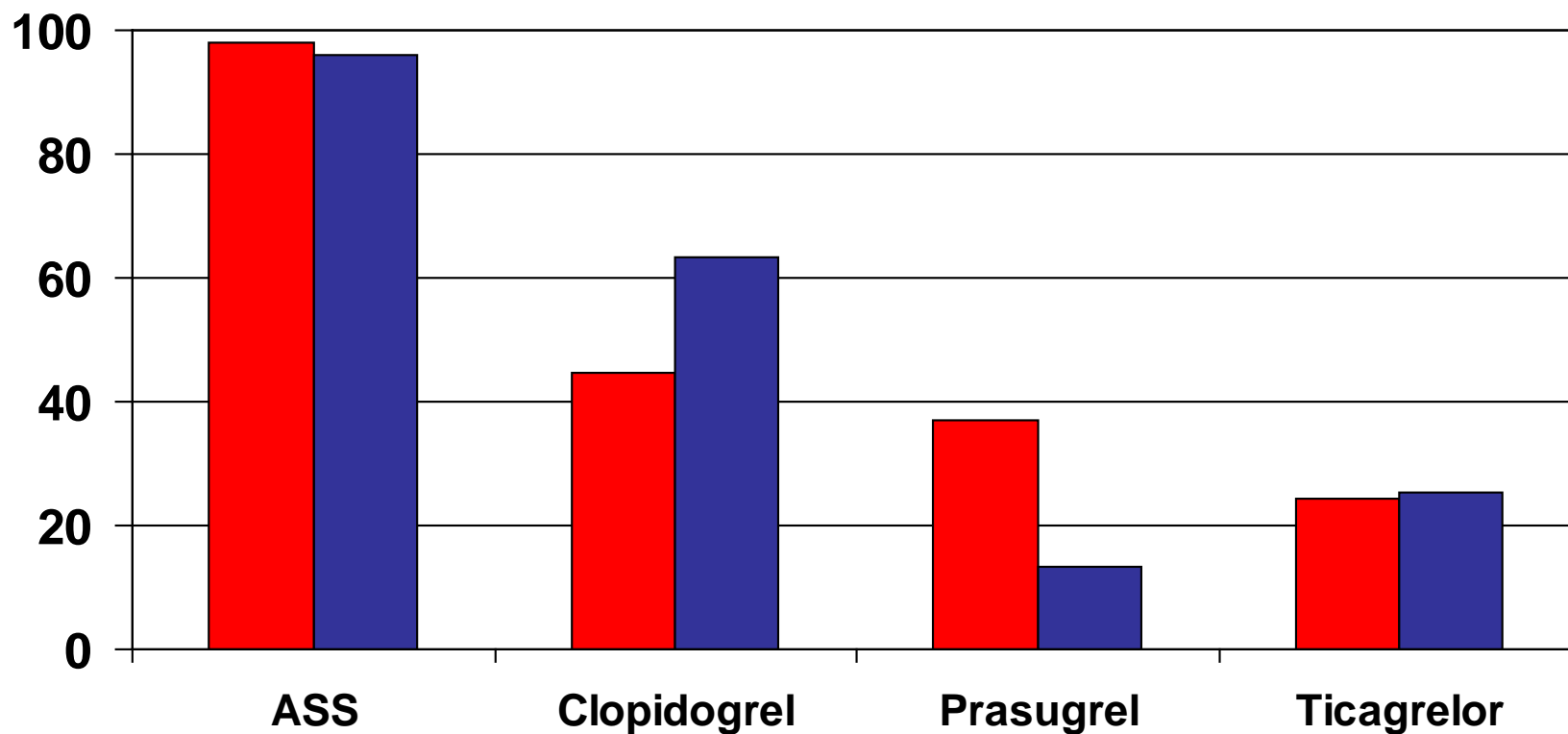
Periprocedural anti thrombotic medication in primary PCI

Recommendations	Class	Level
Antiplatelet therapy		
Aspirin oral or i.v. (if unable to swallow) is recommended	I	B
An ADP-receptor blocker is recommended in addition to aspirin. Options are:	I	A
<ul style="list-style-type: none">Prasugrel in clopidogrel-naive patients, if no history of prior stroke/TIA, age < 75 years.	I	B
<ul style="list-style-type: none">Ticagrelor.	I	B
<ul style="list-style-type: none">Clopidogrel, preferably when prasugrel or ticagrelor are either not available or contraindicated.	I	C

ADP = adenosine diphosphate.



Thrombozytenhemmende Therapie bei PCI 2012 (n=15000)

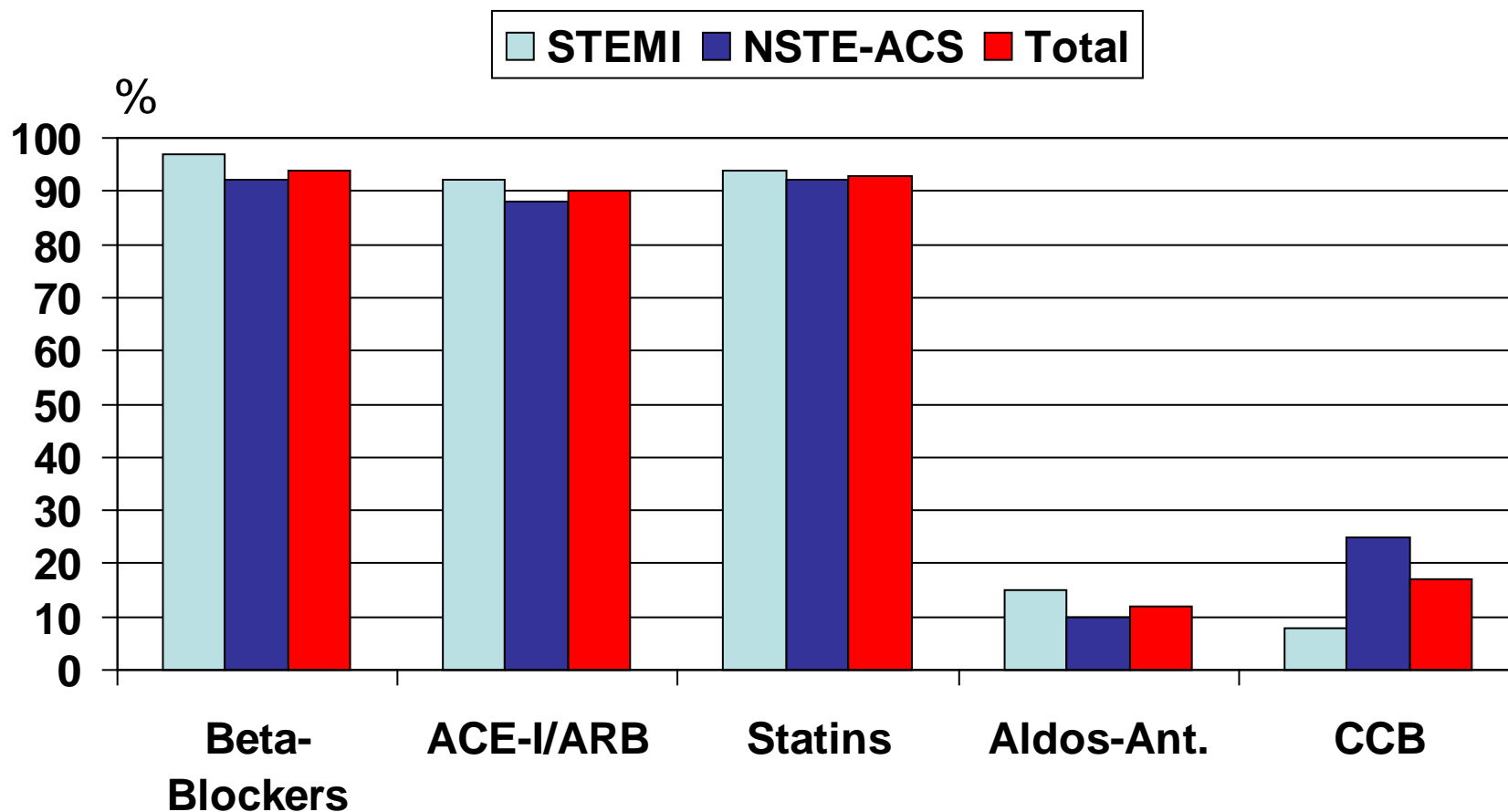


Vergleich STEMI – NSTEMI-ACS in Deutschland

631 Patienten in 30 Kliniken

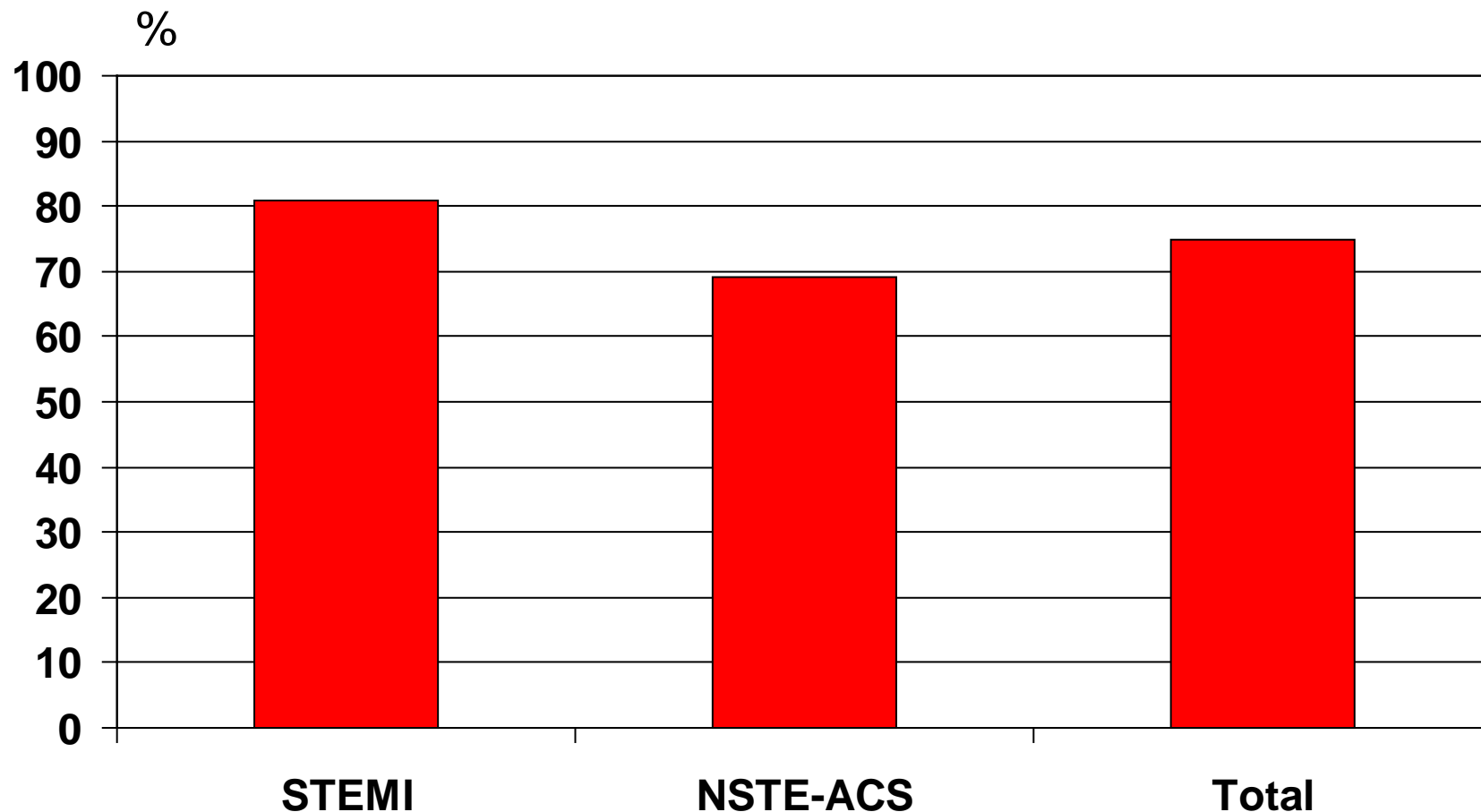
	STEMI (n=296)	NSTEMI-ACS (n=335)
Alter	58,7	64,3
Frauen	22,6 %	22,5 %
Lyse	6,1 %	
Koro	99,7 %	95,8 %
PCI	94,9 %	76,6 %
DES	56,3 %	46,7 %
ACB-OP	1,0 %	4,2 %

Medikamentöse Therapie bei Entlassung

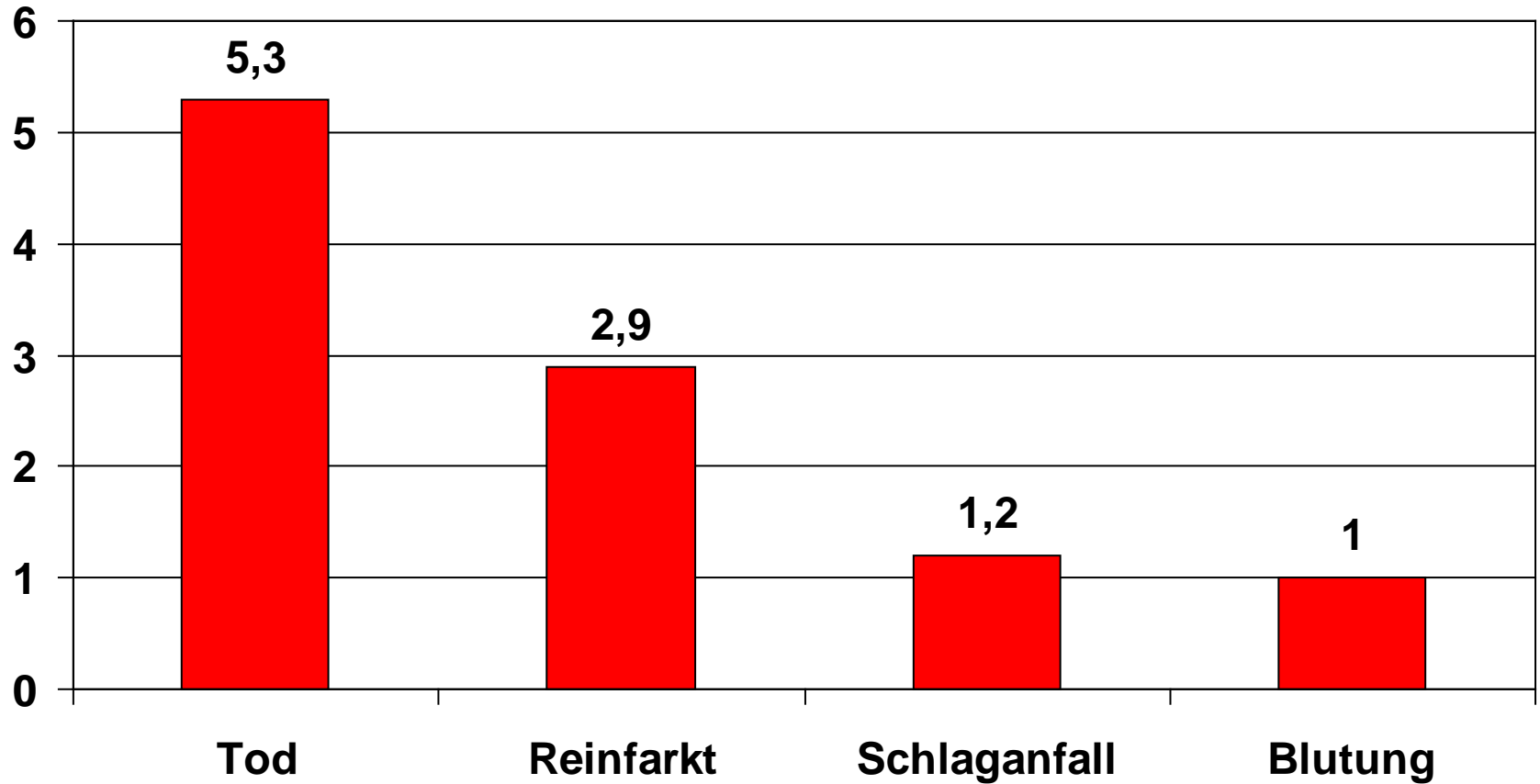


Anteil der Patienten mit 5 leitliniengerechte Therapien

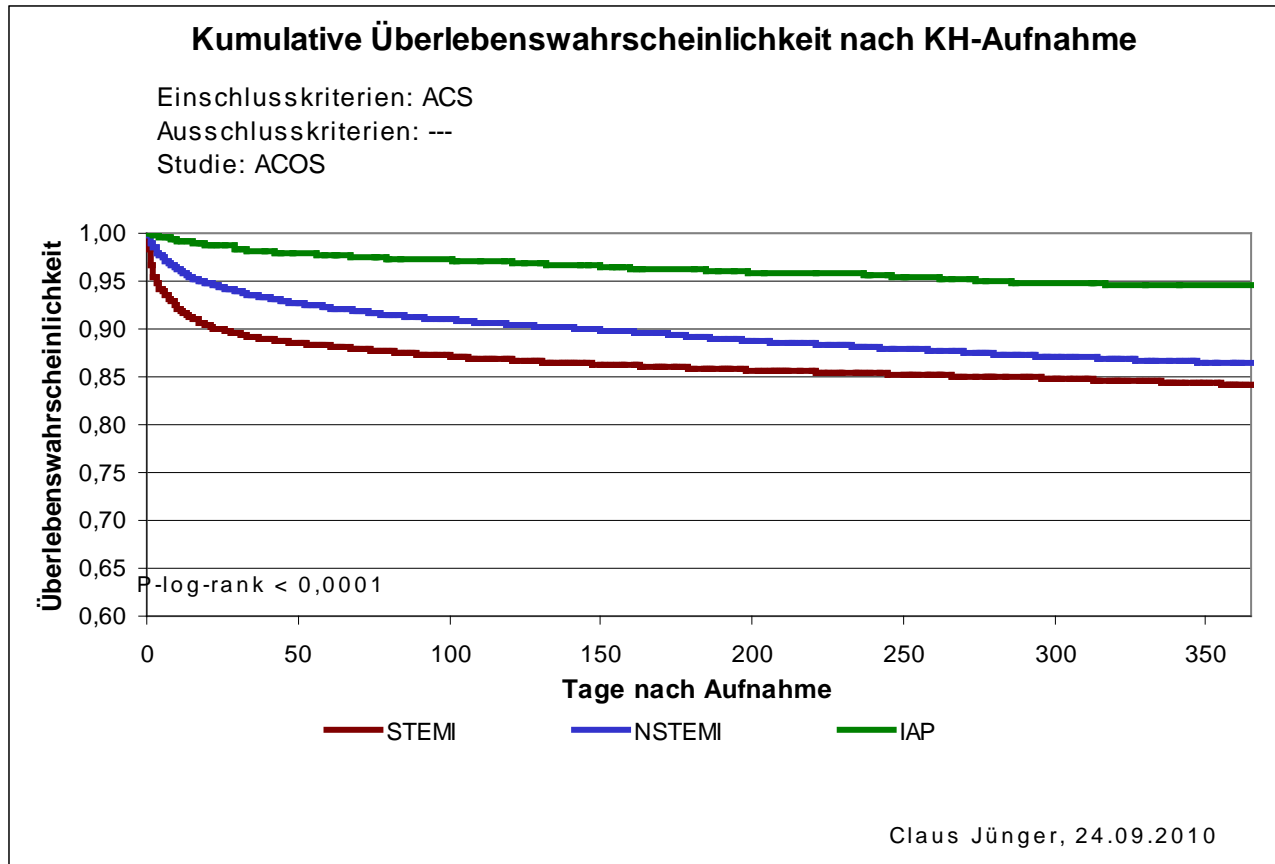
(ASS, ADP-receptor antagonist, beta-bocker, ACE-I/ARB, statins)



Klinische Ereignisse nach Entlassung



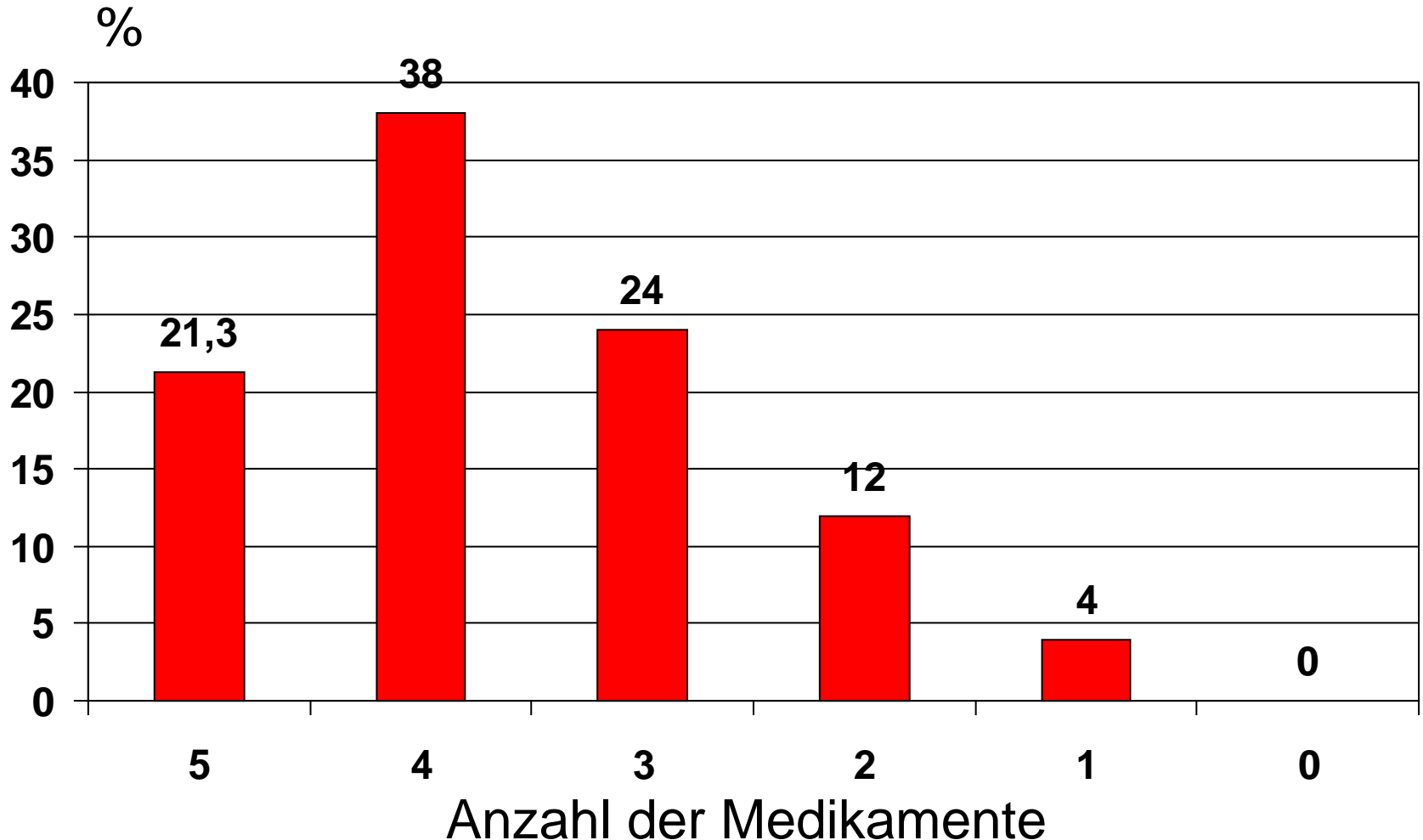
1-Jahressterblichkeit nach ACS in Deutschland





Anzahl der Medikamente nach einem Jahr

ASS, ADP-Rezeptor-Blocker, Beta-Blocker, ACE-H/ARB, Statin



Zusammenfassung

- ✓ Gute Umsetzung der ACS-Leitlinien in Deutschland
- ✓ Hohe Rate von Reperfusionstherapie beim STEMI
- ✓ Noch Verbesserungsbedarf bei neuen Thrombozytenhemmern
- ✓ Weiter hohe Sterblichkeit beim kardiogenem Schock
- ✓ Sekundärprävention im Langzeitverlauf

Pressekonferenz

Weißbuch Herz

Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland

28. August 2013

9.30 Uhr, Tagungszentrum der Bundespressekonferenz

Prof. Bertram Häussler

Vorsitzender der Geschäftsführung

IGES Institut, Berlin

Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Spiegel des Fortschritts

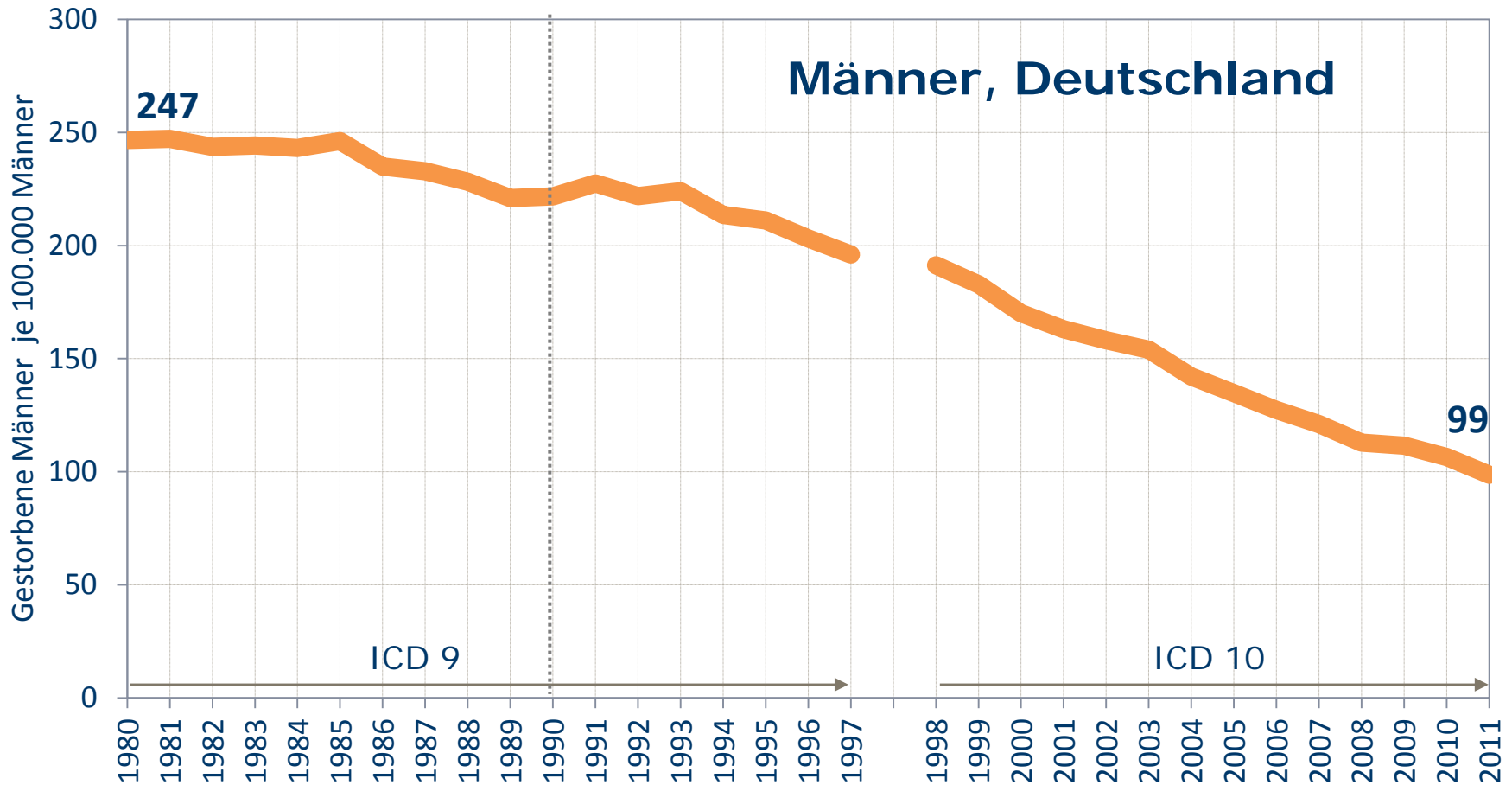
Wo stehen wir und wo geht es hin?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Spiegel des Fortschritts

Bertram Häussler, IGES Institut

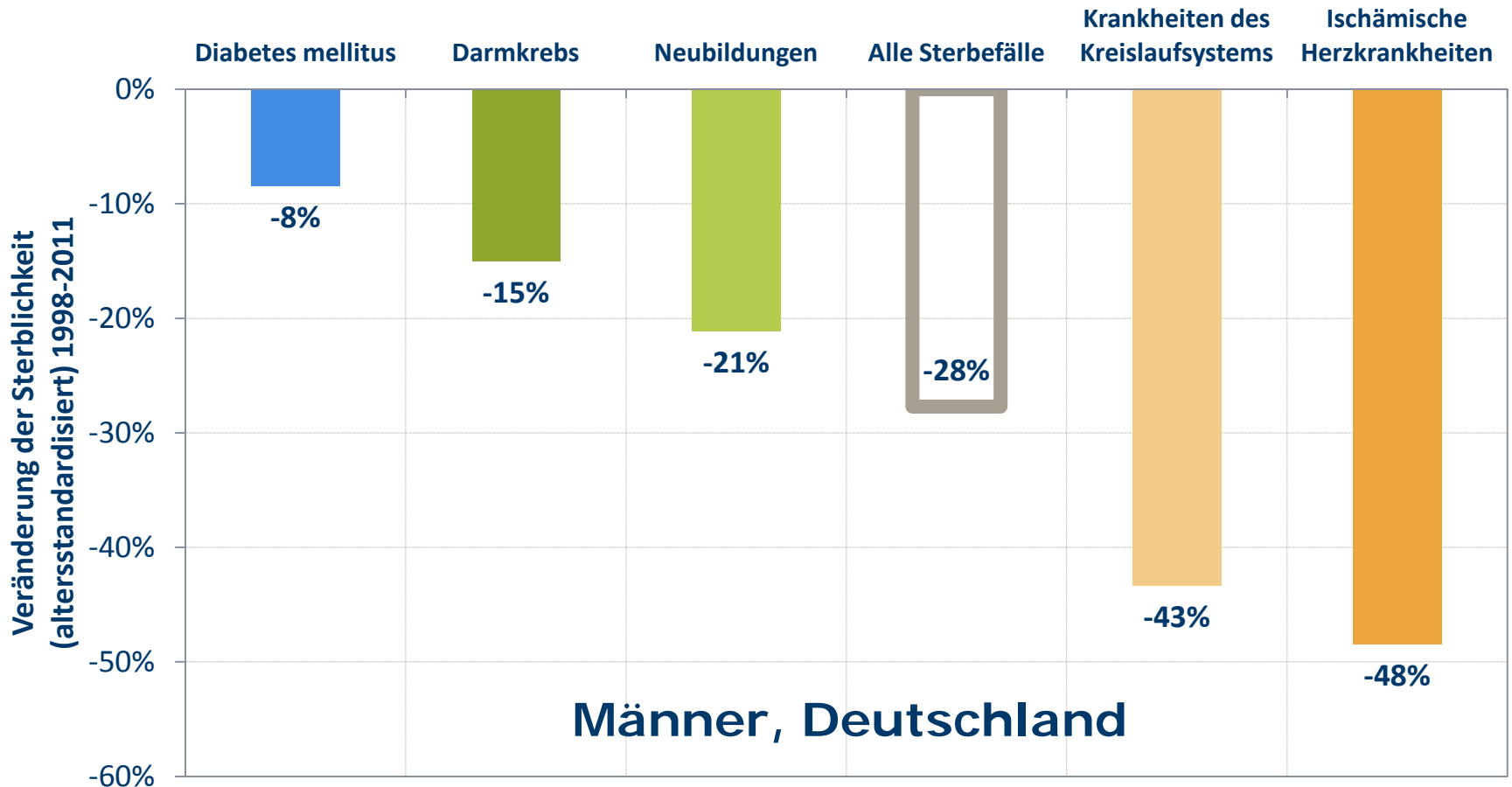
Pressekonferenz zur Vorstellung des „Weißbuch Herz“
Haus der Bundespressekonferenz, 28. August 2013

Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten sinkt seit 1980 um 60%



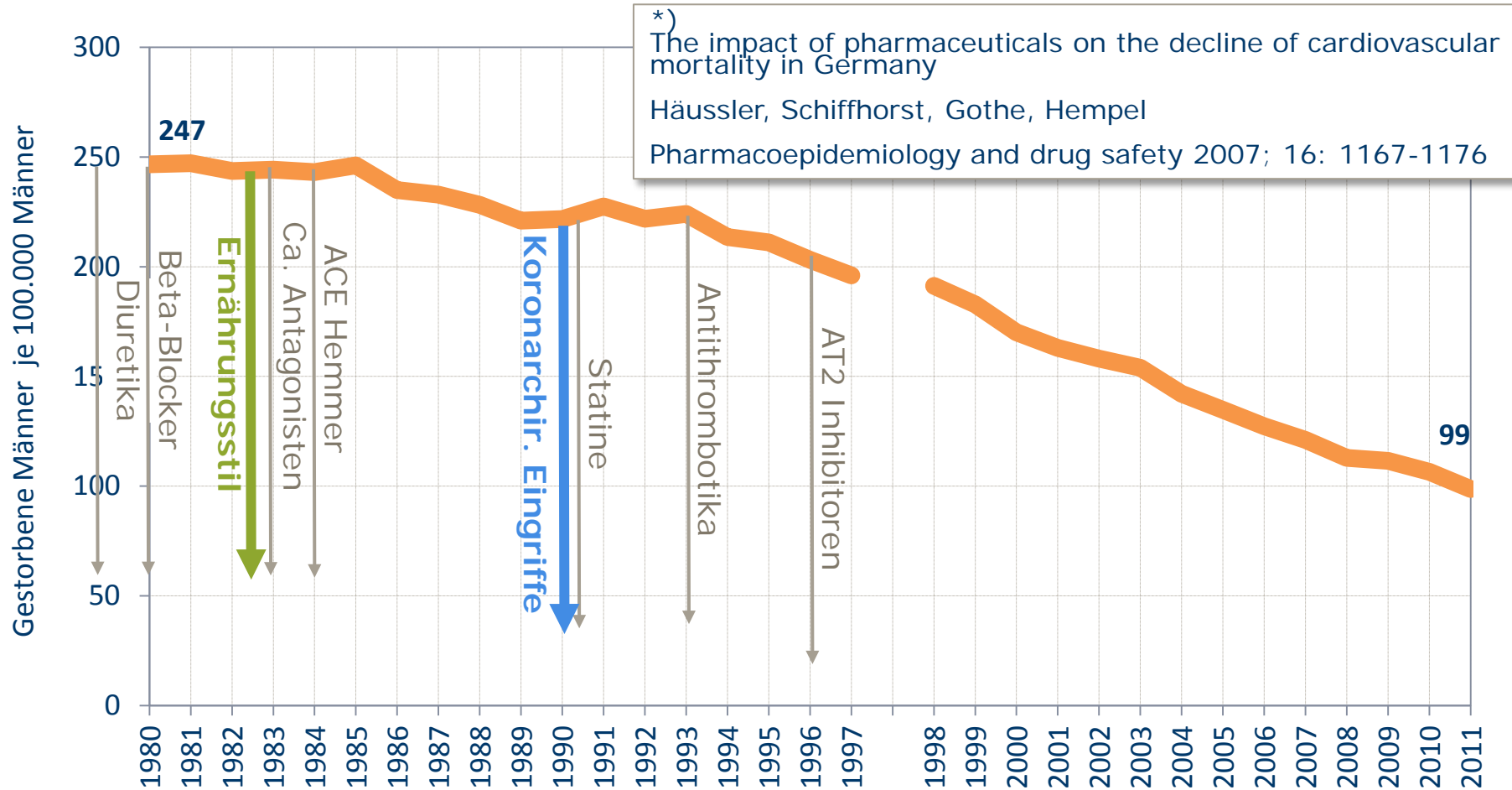
<http://www.gbe-bund.de/> (altersstandardisierte Werte)

Keine bedeutende Todesursache geht so stark zurück wie isch. Herzkrankheiten



<http://www.gbe-bund.de/> (altersstandardisierte Werte)

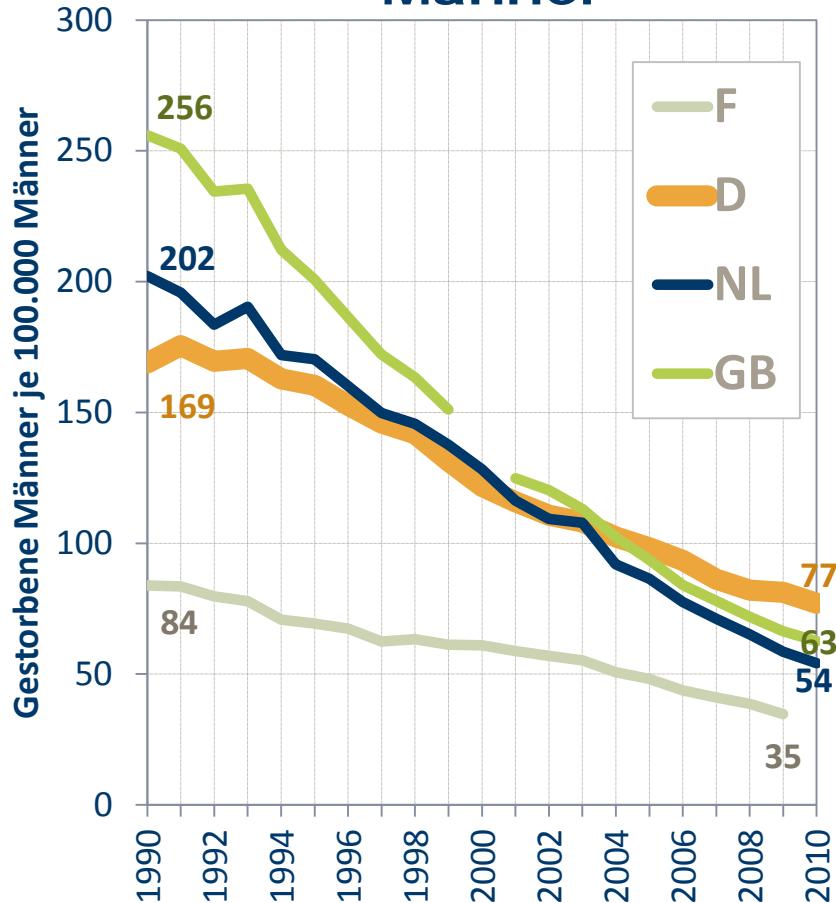
Ernährung, Koronarchirurgie und verschiedene Wirkstoffklassen sind unabhängige Treiber der Entwicklung*



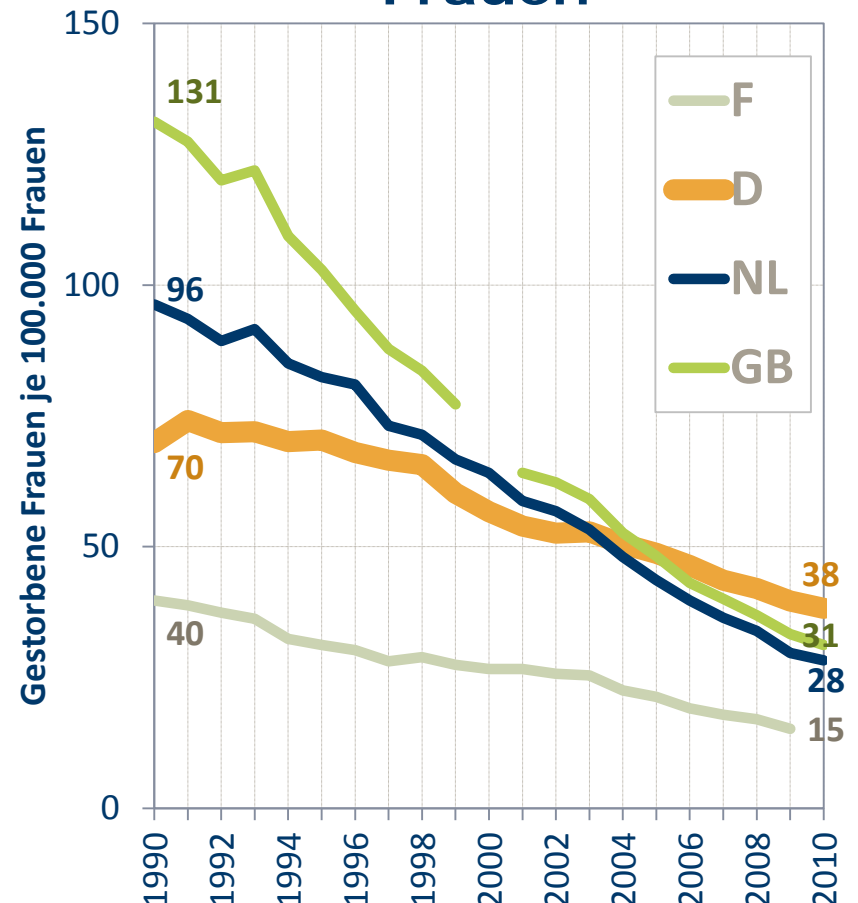
<http://www.gbe-bund.de/> (altersstandardisierte Werte)

Sterblichkeit an akutem MI sinkt in D langsamer als in vergleichbaren Ländern

Männer



Frauen



OECD.StatExtracts (altersstandardisierte Werte)

IGES Institut

www.iges.de

Pressekonferenz

Weißbuch Herz

Versorgung des Akuten Koronarsyndroms in Deutschland

28. August 2013

9.30 Uhr, Tagungszentrum der Bundespressekonferenz

Download der Abbildungen in Druckqualität (PDF) bzw. für Web-Einspielungen (JPG) unter www.iges.de/herz

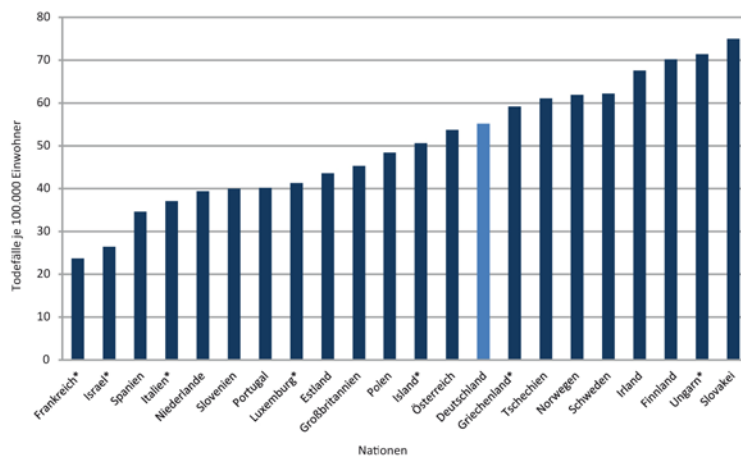
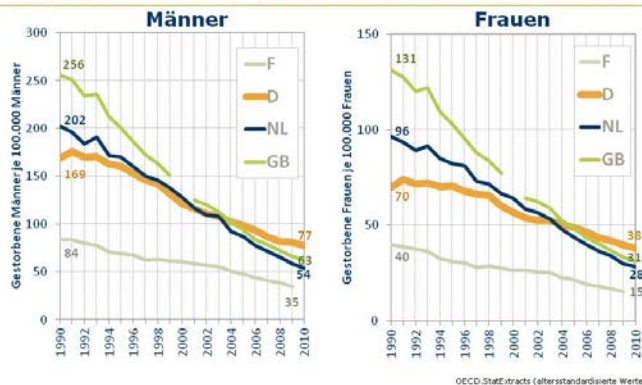


Abb.: Todesfälle mit akutem Herzinfarkt je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) in Europa im Jahr 2010 (*2009)
Quelle: IGES nach OECD Health Data 2010

Sterblichkeit an akutem MI sinkt in D langsamer als in vergleichbaren Ländern IGES



OECD.StatExtracts (altersstandardisierte Werte)