

Kardiologie

<https://doi.org/10.1007/s12181-018-0297-7>

© Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. Published by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature – all rights reserved 2019



R. Bosch · S. Perings

Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V., Düsseldorf, Deutschland

Versorgungslücke bei Patienten mit Rhythmusstörungen und Synkope

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V.

Herzrhythmusstörungen gehören zu den verbreitetsten Herzerkrankungen mit zunehmender Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit. Die häufigste anhaltende Rhythmusstörung ist Vorhofflimmern, welches zu Schlaganfällen führen kann. Nach aktuellen Schätzungen leiden in Deutschland fast 1,8 Mio. Menschen (2,2 % der Bevölkerung) an Vorhofflimmern. Eine kurze Synkope tritt v. a. im höheren Lebensalter gehäuft auf, die Inzidenz beträgt ca. 6 % pro Jahr. Etwa 40 % der Menschen erleiden im Leben mindestens eine Synkope. Die zugrunde liegende Herzrhythmusstörung ist in vielen Fällen eine Bradykardie oder eine Asystolie.

Derzeit in der Regelversorgung verfügbare diagnostische Verfahren (EKG, Langzeit-EKG) werden häufig eingesetzt, führen jedoch in den seltensten Fällen zur Stellung der Diagnose und zur Einleitung einer adäquaten Therapie. Das international etablierte diagnostische Verfahren zum Nachweis dieser Herzrhythmusstörungen ist der implantierbare Ereignisrekorder (implantierbarer Loop-Recorder [ILR]), welcher den Herzrhythmus kontinuierlich und langfristig überwacht, die Daten im Bedarfsfall sekundengenau aufzeichnen und telemedizinisch übermitteln kann, damit sie zeitnah für die

klinische Interpretation zur Verfügung stehen.

Der klinische Nutzen der Detektion von selten und unregelmäßig auftretenden Herzrhythmusstörungen mit implantierbaren Ereignisrekordern ist durch zahlreiche randomisierte Studien sowie Metaanalysen belegt und wird durch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie sowie der European Society of Cardiology mit hohem Empfehlungsgrad und hoher Evidenz gestützt [1–3].

In Deutschland besteht bezüglich der Versorgung von ILRs eine von ärztlicher und Patientenseite nicht akzeptable Situation. Bei Hochrisikopatienten im stationären Bereich kann die Abrechnung über eine entsprechende DRG-Ziffer erfolgen. Jedoch wird die Kostenerstattung für eine ILR-Implantation in vielen Fällen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen abgelehnt. Viele Patienten mit intermediärem und niedrigem Risiko könnten nach den gültigen Leitlinien ambulant abgeklärt werden, der technische Fortschritt ermöglicht ambulante Implantation. In Deutschland besteht jedoch, abgesehen von Sonderverträgen für eine Minderheit von Patienten, bei gesetzlich versicherten Patienten keine Möglichkeit der ambulanten Implantation von ILR. Entsprechende Abrechnungsziffern sind im Katalog für ambulante Operationen nicht abgebildet.

Die Nachsorge von ILR ist nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), weshalb eine Abfrage der Systeme in der Klinik/Praxis bei gesetzlich versicherten Patienten in Deutschland nicht möglich ist. Nach der Implantation können ILR die Daten bei Auftreten von Rhythmusstörungen auf telemetrischem Wege an den betreuenden Arzt übertragen. Jedoch ist auch für diese Art der Nachbetreuung keine Möglichkeit der Abrechnung im EBM vorgesehen. Seit vielen Jahren wird von den Fachgesellschaften und den Berufsverbänden auf diese untragbare Situation hingewiesen, ohne dass entsprechende Änderungen im Leistungskatalog des EBM erfolgt sind.

Durch die genannten Sachverhalte besteht in Deutschland eine Unterversorgung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen und Synkopen. Eine leitliniengerechte Stellung von Diagnosen und Initiierung von z. T. lebenswichtigen Therapien ist daher in vielen Fällen nicht möglich und erhöht die Morbidität/Mortalität der betroffenen Patienten.

Dieser Beitrag wurde parallel in den Zeitschriften *Der Kardiologe* 01/2019, *Aktuelle Kardiologie* 01/2019 und *CardioNews* 02/2019 publiziert.

Korrespondenzadresse

PD Dr. R. Bosch

Kommission für Klinische Kardiovaskuläre
Medizin, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e. V.
Grafenberger Allee 100, 40237 Düsseldorf,
Deutschland
r.bosch@cclb.de

PD Dr. S. Perings

Kommission für Klinische Kardiovaskuläre
Medizin, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e. V.
Grafenberger Allee 100, 40237 Düsseldorf,
Deutschland
stefan.perings@t-online.de

Interessenkonflikt. R. Bosch weist auf folgende Beziehungen hin: Vortragshonorare: Biotronik, Medtronic; Beraterverträge: Biotronik, Medtronic. S. Perings gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Kirchhof P et al (2016) ESC guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>
2. Eckardt L, Deneke T, Diener HC et al (2017) Kommentar zu den 2016 Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zum Management von Vorhofflimmern. Kardiologie 11:193–204. <https://doi.org/10.1007/s12181-017-0141-5>
3. Brignole M et al (2018) ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J 39(21):1883–1948