



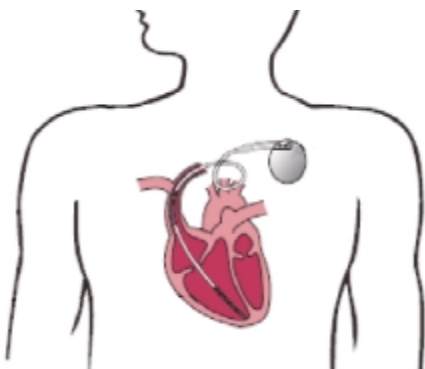
Was will Aktion Meditech?

■ Patienten über neue Medizintechnologien informieren und dafür sorgen, dass sie ein Mitspracherecht in der Gesundheitsversorgung und der Therapieauswahl haben

■ Beteiligte des Gesundheitswesens zusammenbringen, um Probleme der Verfügbarkeit von Innovationen in der Medizin konstruktiv zu diskutieren und realisierbare gesundheitspolitische Lösungen zu finden: Innovative Medizintechnologien müssen allen Patienten zeitnah und nach bestehender ethischer Auffassung von Politik und Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden

■ Darauf aufmerksam machen, dass Medizintechnologien einen positiven Beitrag zum Gesundheitssystem und zur Volkswirtschaft leisten

Weitere Informationen finden Sie unter www.aktion-meditech.de



Der Defibrillator wird unter der Haut im Brustbereich implantiert. Er registriert, wenn es zu gefährlichen Rhythmusveränderungen kommt. Bei Bedarf gibt er über eine Elektrode im Herzen einen Elektroschock ab.

THEMEN

Wenn der Motor ins „Stottern“ gerät	2
Wie beurteilt man die Schwere von Herzinsuffizienz?	2
Richtig verbunden: Übermittlung von Herzdaten mit Telekardiologie	2/3
Geringe Nutzung von Medikamenten-freisetzenden Stents	3
Standpunkte: Schlagende Argumente	3
Zweites Gesprächsforum für Patientenvertreter und Aktion Meditech	4
Meditech-Quiz	4

BESSER LEBEN MIT MEDIZINTECHNOLOGIE

„Seit 13 Jahren lebe ich im Plus“

Sven Ossenkopp trägt seit 13 Jahren einen Defibrillator



Sven Ossenkopp war 22 Jahre alt, als sein Herz aus dem Takt geriet und sein Kreislauf zum Stillstand kam. Bereits bei seiner Musterung waren Herzrhythmusstörungen festgestellt worden. Dass sie allerdings nur wenige Jahre später ein lebensbedrohliches Kammerflimmern auslösen würden, hatte niemand geahnt. Eine rasche Reanimation rettete sein Leben, doch die Gefahr eines erneuten Kammerflimmerns blieb. Wie für jährlich rund 70.000 Patienten weltweit war auch für den heute 36-jährigen die Implantation eines Defibrillators die einzige Möglichkeit, ihn dauerhaft vor dem Plötzlichen Herztod zu bewahren.

Bei Rhythmusstörungen ist die Steuerung der elektrischen Impulse im Herz beeinträchtigt. Die Vorhöfe und Hauptkammern ziehen sich nicht mehr koordiniert, sondern völlig unkontrolliert zusammen. Schlägt das gesunde Herz 60 bis 80 Mal in der Minute, kann es bei Kammerflimmern zu Frequenzen von bis zu 450 pro Minute kommen. Das Herz kann so kein Blut mehr durch den Körper pumpen und obwohl es eigentlich noch „schlägt“, steht der Kreislauf still.

Lebensretter im Miniformat

Ein Implantierbarer Cardioverter/Defibrillator, kurz ICD, erkennt, wenn gefährliche Veränderungen des Herzrhythmus auftreten und verhindert durch einen gezielten Elektroschock das lebensbedrohliche Er-

eignis. Das etwa streichholzschachtelgroße Gerät wird im Brustbereich unter der Haut eingesetzt. Von dort aus führt eine feine Elektrode in die rechte Herzkammer und gibt bei Bedarf regulierende Impulse oder einen Elektroschock ab. „Natürlich ist das nicht angenehm“, beschreibt Sven Ossenkopp, „und ich weiß auch nie, wann der ICD aktiv wird. Aber gäbe es diese ‚Kiste‘ nicht, wäre ich schon seit 13 Jahren tot.“

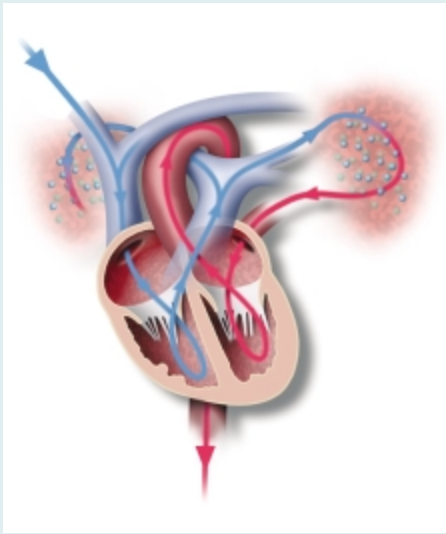
Bessere Versorgung durch mehr Information

„Es besteht noch ein großer Aufklärungs- und Informationsbedarf“, findet Sven Ossenkopp. Auch deshalb ist er kürzlich einer Selbsthilfegruppe beigetreten. „Betroffene wie ich müssen wissen, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt und ihr Recht auf optimale Versorgung einfordern.“ Denn viele Patienten profitieren wesentlich mehr von einem ICD als von einer medikamentösen Therapie – was aber nicht bedeutet, dass sie auch tatsächlich einen ICD bekommen. Denn obgleich eine Implantation langfristig oft weniger kostet als eine ausschließlich medikamentöse Behandlung, scheuen viele Krankenhäuser die vergleichsweise hohen Anfangskosten und rationieren den Einsatz der Geräte. Dabei sind die Kosten für die ICD-Behandlung in den letzten Jahren um mehr als die Hälfte gesunken. Hinzu kommt die längere Funktionsdauer moderner Geräte: sie müssen seltener ausgetauscht werden, was die Therapiekosten zusätzlich senkt.

„Wohin sich meine Krankheit noch entwickeln wird, kann mir heute niemand sagen, aber ich nehme jeden Tag so wie er kommt“, sagt Sven Ossenkopp, „genau genommen lebe ich ja bereits seit 13 Jahren im Plus“.

Besuchen Sie unsere Website:
www.aktion-meditech.de

Wenn der „Motor“ ins Stottern gerät



Die rechte Herzhälfte befördert sauerstoffarmes Blut (hier blau dargestellt) aus dem Körper in die Lunge, wo es mit Sauerstoff angereichert wird. Von dort aus gelangt das Blut in die linke Herzhälfte, die es mit kräftigen Schlägen in den Körperkreislauf pumpt (hier rot dargestellt).

Herzrhythmusstörungen sind anhaltende Veränderungen des normalen Herzschlags. Sie treten in Form von kurzen Unterbrechungen, zu langsamen, zu schnellen oder zusätzlichen Herzschlägen auf. Sie entstehen, wenn die Reizbildung oder -leitung des Herzens und dadurch die Koordination zwischen Vorhöfen und Hauptkammern gestört ist. Die Folge ist eine herabgesetzte Pumpleistung des Herzens. Typische Symptome sind Abgeschlagenheit, Luftnot oder Schwindelerscheinungen bis zur Bewusstlosigkeit. Eine besonders schwere

Form der Herzrhythmusstörung ist das „Herzrasen“. Hierbei ist der Herzschlag so extrem erhöht, dass das Herz regelrecht „flimmert“. Es wird kein Blut mehr in den Körper gepumpt und es besteht akute Lebensgefahr.

Bei der **Herzinsuffizienz**, (auch Herzmuskel- oder Herzleistungsschwäche genannt) kann das Herz den Körper nicht mehr bedarfsgerecht mit Blut und Sauerstoff versorgen. Ursache für die Herzschwäche können verschiedene Herzerkrankungen sein, wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Herzmuskelentzündung. Anfangs zeigen sich typische Symptome nur bei körperlicher Belastung, im fortgeschrittenen Stadium auch in Ruhe. Dazu zählen Erschöpfung, Kurzatmigkeit und Wassereinlagerung in den Beinen.

Beim **Plötzlichen Herztod** hört das Herz unerwartet auf zu schlagen, es flimmert – oft ganz ohne vorherige Warnzeichen. Es kommt zu einem Kreislaufstillstand, der in über 90% der Fälle tödlich endet. Die häufigste Ursache sind schwere Herzrhythmusstörungen, die zum Beispiel durch zurückgebliebene Vernarbungen am Herzen nach einem überstandenen Herzinfarkt ausgelöst werden können. Seltener können angeborenen Herzdefekte für den Herzstillstand verantwortlich sein. Allein in Deutschland sterben jährlich ca. 90.000 Menschen am Plötzlichen Herztod. ☺

Richtig verbunden



Jasmina Garbe

Jasmina Garbe kam vor vier Jahren mit einem schweren Herzfehler zur Welt. Noch vor ihrem ersten Geburtstag hatte das kleine Mädchen bereits eine Herzoperation hinter sich. „Unsere Tochter bekam einen Herzschrittmacher eingesetzt und lange Zeit ging es ihr damit auch gut. Dann aber verschlechterte sich ihr Zustand, sie begann immer wieder ‚wegzudriften‘“, berichtet Jasminas Mutter, Karin Garbe.

Eine Untersuchung zeigte, dass die Elektrode des Schrittmachers verrutscht war und das Herz nicht mehr ausreichend stimulierte. Daraufhin entschieden sich die Ärzte des Deutschen Kinderherzzentrums (DKHZ) in Sankt Augustin Jasmina ein neues Herzschrittmacher-System einzusetzen – weltweit erstmalig bei einem so jungen Patienten. „Das System kontrolliert permanent die Herztätigkeit und den technischen Zustand des Schrittmachers und schickt die Daten automatisch über ein Spezial-Handy per Mobilfunknetz zur Auswertung an ein Service-Center“, erklärt der Oberarzt des DKHZ, Dr. Peter Zartner. „Von dort gelangen die Daten dann über eine geschützte Internetseite zu uns. Bei besonderen Ereignissen werden wir zusätzlich per Fax, E-Mail oder SMS benachrichtigt.“

Drei Tage nach Jasminas Entlassung aus der Klinik erhielten ihre Eltern einen Anruf von Dr. Zartner. „Er teilte uns mit, dass der Schrittmacher einen Elektrodenfehler gemeldet hatte und wir Jasmina zur Untersuchung ins Krankenhaus bringen sollten – wir selbst hatten davon nichts bemerkt“, erinnert sich Karin



Wie beurteilt man die Schwere der Herzinsuffizienz?

Die New York Heart Association (NYHA) teilt die Herzinsuffizienz anhand der Leistungsfähigkeit der Patienten in vier Schweregrade ein.

- **NYHA I** = Keine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine Beschwerden.
- **NYHA II** = Leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Alltägliche Belastung verursacht Beschwerden wie Erschöpfung, Luftnot, Schmerzen in der Brust oder Herzrhythmusstörungen.
- **NYHA III** = Höhergradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Schon bei geringen Belastungen treten Beschwerden auf.
- **NYHA IV** = Schwere Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Bereits in Ruhe kommt es zu Beschwerden, die bei Belastung deutlich zunehmen.

Telekardiologie

Der Weg der Daten



Garbe. „Weil das Telekardiologie-System sofort Alarm geschlagen hat, konnte die Fehlfunktion entdeckt und behoben werden, ehe Schlimmeres passiert ist“, so Dr. Zartner. „Wahrscheinlich war die Elektrode durch häufiges Hochheben des Kindes an den Armen aus ihrer Position gerutscht und hätte das Herz über kurz oder lang nicht mehr sicher stimuliert.“

„Für uns ist es ein beruhigendes Gefühl, zu wissen, dass unsere Tochter immer überwacht ist, egal wo wir gerade mit ihr sind“, bestätigen Jasminas Eltern. Denn das System arbeitet weltweit: Auch im Ausland, zum Beispiel bei einer Urlaubsreise, können sich die Eltern sicher sein, dass das Herz ihres Kindes in guten Händen ist. ☞

VERANSTALTUNG

Medikamente-freisetzende Stents: Geringe Nutzung trotz hervorragender Daten – was tun?



Diskutierten mögliche Wege für die Verbesserung der Versorgung mit DES in Deutschland: Prof. Jochen Senges, Dr. Mathias Bosch, Dr. Franz-Josef Oldiges

„Um Medikamente-freisetzende Stents (engl. drug eluting stents, DES) zur Behandlung der koronaren Herzkrankheit in Deutschland stärker zu etablieren, müssen wir ihren Einsatz auch durch geeignete Methoden finanzierbar machen wie es zum Beispiel die Techniker Krankenkasse in ihrem Modellvorbau mit integrierter Versorgung vornimmt.“ Dies forderten die Teilnehmer des Expertengesprächs von Aktion Meditech am 12. Oktober in Frankfurt. Unter der Moderation von Prof. Christoph A. Nienaber, Rostock, analysierte eine interdisziplinär besetzte Runde die Versorgungssituation mit DES in Deutschland.

Kaum ein Therapieverfahren kann so überzeugende Studien- und Praxisdaten in der Kardiologie aufweisen wie die DES. Dennoch ist der prozentuale Anteil der DES in Deutschland, gemessen an der

hohen Zahl insgesamt eingesetzter Stents, gering. Mit inzwischen 29 Prozent DES an allen Koronarstents kann man hierzulande zumindest einen positiven Trend verzeichnen, zumal vor kurzem die Quote bei nur elf Prozent lag. Problematisch sei, so die Experten, dass die rigide Trennung der einzelnen Versorgungssektoren die klinische, gesellschaftliche und ökonomische Relevanz der DES nicht ausreichend abbilde. Auch wenn sich die Kosten für die DES innerhalb von 6 Monaten aus gesellschaftlicher Sicht bereits ausgleichen würden, liege die Stärke der DES vornehmlich in ihrem Langzeitnutzen.

Die Teilnehmer der Gesprächsrunde waren sich einig, dass die schnellere Verbreitung und gezielte Nutzung von DES an der Trägheit des Systems scheiterte, das Innovationen den Eintritt in die tägliche klinische Routine erschwere. Leitlinienempfehlungen allein oder weitere Qualitätsnachweise brächten keine schnellen Fortschritte oder ermöglichten gar praktikable Finanzierungswege. Als Lösungsansätze wurden der Einsatz integrativer Versorgungsmodelle und die Herauslösung der DES aus den Gesamtbudgets gefordert. Denn: „... solange der Einsatz von DES an Jahresbudgets und Zusatzentgelte gebunden ist, wird die Entscheidung dafür oder dagegen nicht in erster Linie von indikationsbezogenen, sondern von finanziellen Erwägungen abhängig sein“, so das Fazit der Gruppe. ☞

STANDPUNKTE

Schlagende Argumente



Dr. Johannes Sperzel, Oberarzt der Abteilung für Kardiologie und Elektrophysiologie an der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie empfiehlt in ihren Leitlinien die Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) zur Behandlung der schweren Herzinsuffizienz. Ungeachtet dessen ist diese Therapie nur einem Bruchteil der Patienten, die sie benötigt, tatsächlich zugänglich: Aktuelle Registerdaten (CREdiT) belegen, dass nur bei 18% der Patienten, die die Kriterien für die Implantation eines CRT-Systems erfüllen, diese Therapie in Erwägung gezogen wird. Der überwiegende Teil der Patienten muss weiterhin den Verlust von Mobilität und Lebensqualität und sogar den vorzeitigen Tod in Kauf nehmen.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie empfiehlt in ihren Leitlinien die Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) zur Behandlung der schweren Herzinsuffizienz. Ungeachtet dessen ist diese Therapie nur einem Bruchteil der Patienten, die sie benötigt, tatsächlich zugänglich: Aktuelle Registerdaten (CREdiT) belegen, dass nur bei 18% der Patienten, die die Kriterien für die Implantation eines CRT-Systems erfüllen, diese Therapie in Erwägung gezogen wird. Der überwiegende Teil der Patienten muss weiterhin den Verlust von Mobilität und Lebensqualität und sogar den vorzeitigen Tod in Kauf nehmen.

☞ Dr. Sperzel, Sie sind Kardiologe und mit dieser Versorgungsproblematik täglich konfrontiert. Ist der leitliniengerechte Einsatz der CRT aus Ihrer wissenschaftlichen Sicht heraus zu befürworten? Und wie kann der Arzt, der einem hohen ökonomischen Druck ausgesetzt ist, eine solche Behandlung seiner Herzinsuffizienzpatienten überhaupt gewährleisten?

Niemand zweifelt an, dass die CRT ein etabliertes Verfahren zur Behandlung von Menschen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz ist. Klinische Studien mit tausenden von Patienten haben das eindrucksvoll belegt. Darin liegt auch nicht das Problem: die Kostenträger sehen ja ein, dass die CRT eine sinnvolle Therapie ist, aber nicht, dass sie auch entsprechend kostet. Ich befinde mich als Arzt in der Notlage, meine Patienten aufgrund von ungerechtfertigtem Kostendruck nicht adäquat versorgen zu können. Besonders unangenehm finde ich die Diskussion, wem diese Therapie zugute kommen sollte. Es geht bei der Behandlung von Herzinsuffizienz nicht nur um die Senkung der Sterblichkeit, es geht um Linderung von Leid – und das leistet die CRT. Auch für einen alten Menschen zählt, ob er allein zur Toilette gehen kann, oder ob er das vor lauter Luftnot nicht mehr schafft. Meiner Meinung nach müssen Ärzte eine aggressivere Gangart gegenüber den Kostenträgern und der Politik fahren und mit Patienten zusammen eine breite Basis bilden, um den öffentlichen Druck zu erhöhen. Nur dadurch wird ein Umdenken erreicht.

☞ Bei dem CRT-Verfahren geht es in erster Linie um die Verbesserung der Pumpfunktion des Herzens. Wie schätzen Sie den zusätzlichen Nutzen der Kombigeräte CRT-D (mit integriertem Defibrillator) für den Schutz vor dem plötzlichen Herztod für den Patienten ein?

Besonders Patienten mit eingeschränkter Pumpfunktion des Herzens, die in der Vorgeschichte einen Herzinfarkt erlitten haben, sind klare Kandidaten für ein Kombigerät. Eigentlich sollten sie in einem solchen Fall nichts anderes als ein CRT-D erhalten. Ich schätze, dass in ca. 80% der Fälle, in denen ein CRT implantiert wird, der Patient von einem zusätzlich integrierten „Defi“ profitieren würde. Aber auch in diesem Fall müssen wir leider von einer eklatanten Unterversorgung ausgehen.

Zweites Gesprächsforum für Patientenvertreter und Aktion Meditech

Fortsetzung des Dialogs zwischen Patienten und Industrie



Patienten- und Industrievertreter im Dialog

„Der Dialog zwischen Patientenorganisationen und Industrie ist in Deutschland immer noch eine heikle Angelegenheit – obwohl beide Seiten von einem besseren Miteinander profitieren könnten.“ Unter diesem Motto trafen sich Anfang September rund vierzig Gäste, darunter 25 Patientenorganisationen sowie Verbände und Unternehmen der Medizintechnologie im Haus der Parität in Frankfurt/Main.

Neue Gesprächskultur für ein besseres Miteinander

Aktion Meditech will mit dem jährlichen Forum eine neue Gesprächskultur zwischen Patienten und Industrie entwickeln. Sie soll Verständnis für die Perspektive und die Bedürfnisse des jeweils Anderen wecken, den Austausch von Informationen und Meinungen ermöglichen und gemeinsame Interessen ausloten. Dr. Andreas Reimann, Moderator des Gesprächsforums, stellte einleitend fest, dass das Verhältnis zwischen Patientenorganisationen und Industrie in Deutschland nicht immer unproblematisch ist: „Zwei Welten treffen hier aufeinander, die zum Teil gemeinsame

Interessen verfolgen, jedoch oft nicht viel voneinander wissen.“

Innovative Medizintechnologie für Patienten

Peter Heldt, Geschäftsführer Guidant GmbH, stellte den medizinischen und ökonomischen Nutzen von innovativen Medizintechnologien vor. Er wies darauf hin, dass die Versorgung der Patienten aber nur gewährleistet bleiben könne, wenn neue Finanzierungsmodelle mit mehr Eigenverantwortung gefunden würden. Dr. Franz-Josef Oldiges, Sozialverband VdK Deutschland und Patientenvertreter im G-BA, forderte eine patientengerechte und neutrale Information der mündigen Patienten, rief diese aber auch dazu auf, stärker für ihre Interessen einzutreten. Sie könnten Entscheidungen des G-BA über die Aufnahme von medizinischen Leistungen in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung durch ihr praktisches Wissen nachhaltig beeinflussen – auch wenn sie bislang nur Beratungs- und Antragsrecht, aber noch kein Mitbestimmungsrecht hätten. In ihrem Vortrag über das Entscheidungsverfahren des G-BA und die Einflussmöglichkeiten der Patientenvertreter erklärte Dr. Hilke Bertelsmann vom G-BA, dass letztlich die Glaubwürdigkeit der zugrunde liegenden Studien und das Interesse der gesamten Bevölkerung entscheidend seien.

In der abschließenden Podiumsdiskussion waren sich alle Teilnehmer einig, dass der G-BA innovative Medizintechnologien



Podiumsdiskussion: Wie können Innovationen zum maximalen Nutzen von Patienten eingesetzt werden?

schneller zulassen müsse. Patienten könnten so früher von ihnen profitieren und für Unternehmen würde das finanzielle Risiko sinken, das sie zwischen Entwicklung und Zulassung tragen.

Gemeinsam mehr erreichen

Um den Nutzen neuer Behandlungsverfahren weiter zu verbessern, ist ein kontinuierlicher und transparenter Austausch von Informationen und Meinungen zwischen Patientenvertretung und Industrie nötig. Aktion Meditech will auch künftig mit Gesprächsforen und Angeboten für die Patientenorganisationen den offenen Dialog weiter ausbauen, um langfristig ein besseres Miteinander zu fördern. ✨

KONTAKT

■ Aktion Meditech versteht sich als Informations- und Kontaktforum für Patienten, Journalisten und politische Entscheidungsträger.

■ Haben Sie Fragen zu bestimmten Medizintechnologien? Suchen Sie den qualifizierten Dialog mit Experten? Haben Sie eine eigene Geschichte zu erzählen? Dann nehmen Sie Kontakt mit uns auf. Darüber hinaus ist Aktion Meditech interessiert am unterstützenden Austausch mit Gruppen, die ähnliche Ziele verfolgen.

■ In Aktion Meditech engagieren sich Ärzte und Patienten, Einzelne, Gruppen und Unternehmen.

Sie können diesen Newsletter per E-Mail abonnieren – besuchen Sie dazu unsere Website.

Aktion Meditech
info@aktion-meditech.de
www.aktion-meditech.de

Redaktion:
 Annette Haas
 Katharina Bieniecka
 Große Hub 10 c
 65344 Eltville
 Tel. (0 61 23) 70 57-52
 Fax (0 61 23) 70 57-57

Die nächste Ausgabe von Aktion Meditech Aktuell erscheint im März 2006.

DAS MEDITECH-QUIZ

Quizfrage:

Was bedeutet die Abkürzung ICD?

- A:** Invasiver coronarer Defibrillator
- B:** Inhalativer cochlearer Defibrillator
- C:** Implantierbarer Cardioverter/Defibrillator
- D:** Insuffizienter cerebraler Defibrillator

Können Sie Schritt halten?



Sie können – spätestens wenn Sie unsere Quizfrage richtig beantworten und mit ein wenig Glück den praktischen **Schrittzähler** gewinnen. Er zeigt Ihnen Schritte, Entfernung, Laufgeschwindigkeit und den durchschnittlichen Kalorienverbrauch und hat einen Befestigungsclip für Gürtel oder Tasche.

Schicken Sie Ihre Antwort bitte per E-Mail oder per Postkarte an die Aktion Meditech Redaktion (siehe Kontakt).

Teilnahmeschluss: 28. Februar 2006*

* Unter allen richtigen Einsendungen/Anrufen wird der Gewinner per Los ermittelt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.