

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

Editorial: ICD-Indikation und Kostenexplosion

Podczeck-Schweighofer A

Journal für Kardiologie - Austrian

Journal of Cardiology 2003; 10

(5), 181

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Kardiologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Kardiologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Kardiologie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Editorial: ICD-Indikation und Kostenexplosion

A. Podczeck-Schweighofer

Die therapeutische Option, lebensbedrohliche Tachyarrhythmien zu terminieren, um damit den plötzlichen Herztod zu verhindern, ist durch die Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) bei der überwiegenden Zahl der Patienten mit diesem Problem gegeben. Nach jahrelangen klinischen Erfahrungen und den Ergebnissen nichtrandomisierter Studien konnte letztlich in drei großen, relevanten randomisierten Studien (AVID, CIDS, CASH), in denen die ICD-Therapie mit medikamentöser antiarrhythmischer Therapie in Patientenpopulationen, die bereits einen plötzlichen Herztod bzw. anhaltende Tachyarrhythmien überlebt hatten, verglichen wurde, die Überlegenheit des ICD dokumentiert werden. In allen Studien konnte durch den ICD die Mortalität gesenkt werden, eine Metaanalyse dieser drei Studien ergab schließlich eine signifikante Reduktion der gesamten Mortalität durch den ICD um 28 % und der arrhythmogen bedingten Todesfälle um 50 %.

Eine größere Herausforderung – sowohl für die behandelnden Ärzte als auch darüber hinaus natürlich sozialpolitisch – ist die Identifizierung von Patienten, die aufgrund eines bestehenden Charakteristikaprofils ein erhöhtes Risiko für einen plötzlichen Herztod aufweisen. In der Folge dokumentierten randomisierte Studien an diesen Patientenpopulationen – wobei vorwiegend KHK-Patienten im chronischen Myokardinfarktstadium inkludiert waren (MADIT-I, MUSTT) –, daß die ICD-Therapie einer (optimierten) medikamentösen Therapieform zur Verhinderung der rhythmogenen und der kardialen Mortalität überlegen ist. MADIT-I konnte eine Risikoreduktion um 64 % in der ICD-behandelten Gruppe dokumentieren, ähnlich jener in der MUSTT-Studie. Diese beiden Studien wurden an typischen Postinfarktpatienten mit hochgradig eingeschränkter Pumpfunktion und nichtanhaltenden Kammertachykardien durchgeführt. Daraus ergab sich die Intention, diese Therapieform an einem noch weniger selektierten Patientenkollektiv zu überprüfen, was die MADIT-II-Studie nach sich zog: Hier wurde lediglich die eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion mit definierter Ejektionsfraktion unter 30 % zur Risikostratifizierung herangezogen. MADIT II konnte nach einer mittleren Beobachtungsdauer von 20 Monaten nun ebenso einen deutlichen Benefit für die ICD-Therapie entsprechend einer Risikoreduktion um 31 % nachweisen, wobei der Vorteil der Therapieform mit zunehmenden Jahren nach Randomisierung deutlicher evident wurde. Zwischenzeitlich konnten in

weiteren Analysen dieser Studie zusätzlich Subgruppen identifiziert werden, für die der Benefit der ICD-Therapie im Gegensatz zur medikamentösen Therapie noch ausgeprägter ist.

Demgegenüber steht als entscheidende Limitation klarerweise der Kostenfaktor dieser hocheffizienten Therapieform. Genau damit befaßt sich in dieser Ausgabe der Artikel „Gesundheitsökonomische Aspekte der ICD-Therapie nach der MADIT-II-Studie“ des Ökonomen H. Weissenböck. Für die Einschätzung dieser Therapieform liegt die Kosteneffektivitätsanalyse als gesundheitsökonomische Evaluationsmethode zugrunde, also der Aspekt der gewonnenen Lebensjahre wird einer Therapieform gegenübergestellt, die pro ICD-Implantation etwa 30.000 Euro beträgt. Der Autor bezieht sich auf Definitionen über Kosteneffizienz in Relation zu gewonnenem Lebensjahr („sehr kosteneffektiv bei Kosten < US\$ 20.000,- pro gewonnenem Lebensjahr“, „teuer“ bei Maßnahmen über US\$ 60.000,- pro gewonnenem Lebensjahr). Die prophylaktische ICD-Therapie wie in einem Patientenkollektiv der MADIT-II-Studie sei nach diesen Kriterien als nicht kosteneffektiv zu bezeichnen, so Weissenböck. Weiters wird der Aspekt des jeweils vorherrschenden Gesundheitssystems – nämlich Systeme mit stärker marktwirtschaftlichen Elementen und höherer ICD-Implantationsrate im Gegensatz zu überwiegend steuerfinanzierten Systemen, die eine wesentlich restriktivere ICD-Implantationsinzidenz aufweisen – analysiert. Österreich, dessen Gesundheitssystem auf einem überwiegend steuerfinanzierten System basiert, lag bisher mit der Anzahl der ICD-Implantationen im internationalen „Mittelfeld“. Durch verstärkte ökonomische Restriktionen sind die behandelnden Ärzte zunehmend gezwungen, die nach dem derzeitigen Stand der Evidenz aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage vorteilhafte prophylaktische ICD-Therapie einem größeren Patientenkollektiv vorenthalten zu müssen. Sicherlich werden weitere Subgruppenanalysen das Kollektiv, das von dieser Therapieform profitiert, noch besser einengen und damit die Kosteneffizienz verbessern. In Erwartung dessen sowie anderer Studien (z. B. SCD-Heft) werden wir wohl gezwungen sein, zwischen evidenzbasierten Daten des Jahres 2002/2003 und der gesundheitsökonomischen Realität zu jonglieren.

*Univ.-Doz. Dr. med. Andrea Podczeck-Schweighofer
Arbeitsgruppe für Rhythmologie der
Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)