

Neuer Deutscher Herzbericht

Sterblichkeit nimmt weiter ab, immer bessere Versorgung

29. Januar 2014 – „In Deutschland geht die Sterblichkeit in Folge von Herzerkrankungen weiter zurück. Ursache ist die immer bessere kardiologische Versorgung, die inzwischen ein ausgezeichnetes Niveau erreicht hat. Hier gibt es noch regionale Unterschiede, an denen gearbeitet werden muss. Auch alte Menschen profitieren immer mehr von den Entwicklungen der modernen Herz-Medizin“. So fasst DGK-Präsident Professor Dr. Christian Hamm (Gießen) die zentralen Aussagen des aktuellen Deutschen Herzberichts zusammen, der heute in Berlin vorgestellt wurde. „Diese sektorenübergreifende Versorgungsanalyse, die bereits zum 25. Mal durchgeführt wurde, trägt sehr viel zum Verständnis der Trends in der herzmedizinischen Versorgung in Deutschland bei und liefert wesentliche Beiträge zu einer noch besseren Versorgungs-Planung.“

Wie viele Menschen in Deutschland an Herzkrankheiten erkranken

Herzkrankheiten machten im Jahr 2011 in Deutschland 8,2 Prozent (1.554.381 Fälle) der im Rahmen der Krankenhausdiagnose-Statistik erfassten Krankenhausaufnahmen (stationäre Morbiditätsziffer) aus. Von diesen Diagnosen entfielen 57,5 Prozent auf Männer und 42,5 Prozent auf Frauen. Einige Ergebnisse im Detail:

- Bei den ischämischen, also durch gestörte Durchblutung bedingten Herzkrankheiten (Koronaren Herzkrankheit) betrug die Zahl der Krankenhauseinweisungen 806,5 pro 100.000 Einwohner. Die Zahl bei Männern war mehr als doppelt so groß wie bei Frauen.
- Beim akuten Myokard-Infarkt (ST-Strecken-Hebungs-Myokardinfarkt, „Herzinfarkt“) gab es 266 Krankenhausaufnahmen pro 100.000 Einwohner, die Zahl bei Männern betrug mit 349,7 das 1,9-fache jener der Frauen. Bei Frauen und bei Männern war die Zahl der Herzinfarktdiagnosen ansteigend.
- Wegen Herzklappenkrankheiten wurden 95,5 von 100.000 Einwohnern in ein Krankenhaus aufgenommen. Der Wert bei Männern lag um 16,2 Prozent höher als bei Frauen, insgesamt ist ein Anstieg zu verzeichnen. „Es zeigt sich, dass die Patienten heute dank neuer Verfahren häufiger behandelt werden können, eine symptomatische Verbesserung erfahren, aber auch nach einer Behandlung noch klappenkrank bleiben. Deshalb fallen sie nicht aus der Statistik heraus, sondern verbleiben darin“, kommentiert Prof. Hamm.
- In Folge von Herzrhythmusstörungen kam es bei 505,8 von 100.000 Einwohnern zu Krankenhausaufnahmen, die Zahl der Männer überstieg jener der Frauen um 14,9 Prozent. Bei der Morbiditätsziffer der Herzrhythmusstörungen ist ein Anstieg zu verzeichnen.
- Wegen Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche) gab es 464,7 Krankenhauseinweisungen pro 100.000 Einwohner. Der Wert bei Männern lag um 4 Prozent unter jenem der Frauen. Prof. Hamm: „Die Herzinsuffizienz ist die einzige Herzkrankheit, bei der die stationäre Krankheitshäufigkeit bei Frauen häufiger als bei Männern ist.“
- Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems führten zu insgesamt 26,8 Krankenhauseinweisungen pro 100.000 Einwohner. Hier lag die Ziffer bei Männern um 13,1 Prozent über der bei Frauen.

Die Zahlen von 2011, so Prof. Hamm, bestätigen die schon beim Vergleich von 1995 und 2010 festgestellten Entwicklungen: Abnahme bei der koronaren Herzkrankheit in allen Altersgruppen. Zunahme bei den Herzklappenerkrankungen jenseits des 75. Lebensjahres, bei den Herzrhythmusstörungen ab dem 45. Lebensjahr in allen Altersgruppen, und bei der Herzinsuffizienz – insbesondere jenseits des 75. Lebensjahres. „Die zunehmende Krankheitshäufigkeit bei einer Reihe von kardiologischen Erkrankungen bedeutet nicht, dass wir immer kränker werden“, so Prof. Hamm. „Zum einen wird unsere Gesellschaft immer älter, und einige Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems kommen im fortgeschrittenen Alter häufiger vor. Zum anderen widmen wir kardiologischen Krankheiten immer mehr Aufmerksamkeit, nicht zuletzt wegen der immer besseren Diagnosemethoden, was in der Folge zu häufigeren Diagnosen führt.“

Sterbeziffer geht bei Herzkrankheiten kontinuierlich zurück

Die Sterbeziffer (Verstorbene je 100.000 Einwohner) ist bei Herzkrankheiten im vergangenen Jahrzehnt kontinuierlich zurückgegangen, allein zwischen 2010 und 2011 verringerte sie sich von 267,7 auf 257,4. Unter den ausgewählten Diagnosen ist die koronare Herzkrankheit die prognostisch ungünstigste, gefolgt vom

akuten Myokardinfarkt und der Herzinsuffizienz. Die bereits 2010 beobachteten Geschlechtsunterschiede in der Sterblichkeit werden durch die neuen Daten bestätigt:

- Die Sterbeziffer bei ischämischen Herzkrankheiten lag in Deutschland bei 155,3 pro 100.000 Einwohner, wobei die Sterbeziffer der Männer (161,2) jene der Frauen (149,6) nur leicht überstieg.
- Die Sterbeziffer bei akutem Myokardinfarkt betrug 63,7, die der Männer (71,2) lag um 20,7 Prozent über jener der Frauen (56,4). „Ein vergleichbarer Unterschied fand sich auch in den Vorjahren“, kommentiert Prof. Hamm. „Somit scheinen Männer beim akuten Myokardinfarkt eine ungünstigere Prognose zu haben als Frauen.“
- Die Sterbeziffer bei Herzklappenkrankheiten lag bei 16,2. Sie betrug für Männer 13 und für Frauen 21. „Der Wert für die Frauen war somit um 61,5 Prozent höher. Dieser Unterschied ist unerwartet groß und muss weiter untersucht werden“, so Prof. Hamm.
- Die Sterbeziffer bei Herzrhythmusstörungen beträgt 28,9, bei Frauen 35,1 gegenüber 22,6 bei Männern. „Dieser Unterschied verläuft zu Ungunsten der Frauen, ist mit 55,3 Prozent unerwartet groß und nicht ohne weiteres erklärlich“, kommentiert Prof. Hamm.
- Die Sterbeziffer bei Herzinsuffizienz betrug 55,5, -- 36,8 bei Männern und 73,5 bei Frauen. „Dieser Unterschied von etwa 100 Prozent ist unerwartet groß und erfordert weitere Analysen“, so Prof. Hamm.
- Die Sterbeziffer bei angeborenen Fehlbildungen des Kreislaufsystems betrug insgesamt 0,6, bei Männern etwa gleich viel wie bei Frauen.

Regionale Unterschiede bei Herzkrankheiten

„Eine Analyse der Morbiditätsziffern (Krankenhausweisungen) ergibt deutliche Unterschiede für die einzelnen Krankheitsbilder zwischen den verschiedenen Bundesländern und bestätigt die Ergebnisse der Vorjahre“, so Prof. Hamm. „Die gesamte stationäre Morbiditätsziffer war für die untersuchten Herzkrankheiten in Hamburg, Bremen und Baden-Württemberg am niedrigsten und in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Brandenburg am höchsten.“

Die Spannweite zwischen der niedrigsten und der höchsten stationären Morbiditätsziffer pro 100.000 Einwohner reicht bei den ischämischen Herzkrankheiten von 617 in Hamburg bis 1069 in Sachsen-Anhalt. Beim akuten Myokardinfarkt lag die niedrigste (223) in Bayern und die höchste (379) in Bremen. Bei Herzklappenkrankheiten reichte die Spannweite von 71 in Bremen bis 123 in Brandenburg, bei Herzrhythmusstörungen von 418 in Bremen bis 606 in Brandenburg und bei der Herzinsuffizienz von 319 in Bremen bis 668 in Sachsen-Anhalt.

Prof. Hamm: „Die niedrigsten Sterbeziffern haben weiterhin Berlin, Hamburg, Baden Württemberg, die höchsten Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt.“ Die höchste Sterbeziffer eines Landes bei den ischämischen Herzkrankheiten kann die niedrigste Sterbeziffer um mehr als das Doppelte übersteigen. Gleiches gilt beim akuten Myokardinfarkt oder bei den Herzklappenkrankheiten. Noch größer können die Unterschiede bei den Herzrhythmusstörungen oder bei der Herzinsuffizienz ausfallen.

„Vergleichbare länderspezifische Unterschiede sehen wir seit Jahren, sie müssen aber mit Vorsicht interpretiert werden. Als Ursache für diese regionalen Unterschiede, was die Häufigkeit von und Sterblichkeit durch Herzerkrankungen betrifft, kommen eine Reihe von Faktoren in Betracht“, so Prof. Hamm. „Dazu gehören demographische Größen ebenso wie regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, geringere Ärztedichte, geringeres Gesundheitsbewusstsein und niedrigerer sozioökonomischer Status in der Bevölkerung in diesen Bundesländern.“ „Im Überblick setzten sich bei vielen Erkrankungen die Trends der vergangenen Jahre fort. Erwartungsgemäß geht die Häufigkeit der koronaren Herzkrankheit zurück, die Erkrankungszahlen bei der Herzinsuffizienz nehmen zu“, bilanziert Prof. Hamm. „Verbesserungen in der Mortalität und Morbiditätsstatistik sind zu erwarten, wenn auch die psycho-sozio-ökonomischen Faktoren der Gesundheit in der Bevölkerung berücksichtigt werden. Fragen der Prävention bezüglich Rauchen, Medikamententreue, Vorsorge sollten zur Verbesserung der Situation bevölkerungsbasiert im Vordergrund stehen.“

Föderale Struktur erschweren Beschaffung und Vergleich von Gesundheitsdaten

In Deutschland, kritisiert der DGK-Präsident, „fehlen die häufig gewünschten vollständigen und validen Morbiditätsdaten. Die föderale Struktur der Bundesrepublik ist, gerade für wissenschaftliche Fragestellungen der Versorgungsforschung, ein großes Hindernis. Unterschiede bei der Systematik der Erfassung, beim

Aggregieren der Daten oder an den verschiedenen Schnittstellen können das Bild verzerren. Deshalb leidet

das deutsche Gesundheitswesen immer noch an mangelhafter Dokumentation von Diagnosen, von Krankheitsverläufen, von Morbiditäten und von Mortalität, auch und besonders im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.“

Als Vorbilder in Europa gelten derzeit die skandinavischen Länder wie Dänemark, aber auch die Niederlande. „Dort gibt es für das Gesundheitsgeschehen eine zentrale Registrierung“, so Prof. Hamm. „Jeder Patient und dessen Krankheitsgeschichte lässt sich in diesen Ländern vom niedergelassenen Arzt über alle Krankenhausaufenthalte bis zum Tod nachverfolgen. Das erleichtert ungemein eine sinnvolle Planung mit dem Ziel, die Versorgung weiter zu verbessern.“

Tab. 2/5: Sterbeziffer an ischämischen Herzkrankheiten (ICD I20-I25), Herzklappenkrankheiten (ICD I05-I09, I34-I39), Herzrhythmusstörungen (ICD I44-I49) und Herzinsuffizienz (ICD I50) nach Bundesländern – 2011

Land	ischämische Herzkrankheiten		davon: akuter Myokardinfarkt		Herzklappenkrankheiten		Herzrhythmusstörungen		Herzinsuffizienz	
	absolut	Sterbeziffer	absolut	Sterbeziffer	absolut	Sterbeziffer	absolut	Sterbeziffer	absolut	Sterbeziffer
Baden-Württemberg	13.845	128	6.097	57	1.910	18	2.938	27	4.964	46
Bayern	18.100	144	7.496	60	2.247	18	3.622	29	7.348	58
Berlin	4.374	125	1.947	56	309	9	528	15	1.281	37
Brandenburg	4.978	199	2.404	96	338	14	772	31	1.216	49
Bremen	742	112	234	35	71	11	285	43	479	72
Hamburg	2.382	132	923	51	310	17	467	26	668	37
Hessen	9.066	149	3.166	52	1.077	18	2.085	34	3.199	53
Mecklenburg-Vorp.	3.265	200	1.226	75	249	15	494	30	830	51
Niedersachsen	13.758	174	5.362	68	1.477	19	2.434	31	4.779	60
Nordrhein-Westfalen	23.102	129	10.432	58	3.088	17	4.431	25	10.338	58
Rheinland-Pfalz	6.975	174	2.668	67	880	22	1.223	31	2.319	58
Saarland	2.097	207	700	69	205	20	220	22	303	30
Sachsen	10.115	244	3.816	92	722	17	1.333	32	2.404	58
Sachsen-Anhalt	6.152	266	2.410	104	409	18	798	34	1.236	53
Schleswig-Holstein	3.894	137	1.475	52	362	13	1.168	41	2.500	88
Thüringen	4.256	192	1.757	79	310	14	879	40	1.564	70
Deutschland	127.101	155	52.113	64	13.964	17	23.677	29	45.428	56

Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes.

Quelle:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK)
Düsseldorf – 28. Januar 2014