



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-0
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: info@dgk.org
Web: www.dgk.org

Der Präsident

Prof. Dr. Hugo A. Katus
Universitätsklinikum Heidelberg
Innere Med. III, Kardiologie, Angiologie u.
Pneumologie
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg

Deutscher Herzbericht 2017: Kardiologische Versorgung auf hohem Niveau – Zuletzt leichte Anstiege bei Krankheitszahlen – Regionale Unterschiede bei der Sterblichkeit – Unterschiedliche Risiken von Frauen und Männern

Berlin/Düsseldorf, 17. Januar 2018 – „In Umkehr des Trends der beiden vorausgegangenen Jahre gab es 2016 in Deutschland bei den meisten im ‚Herzbericht 2017‘ berücksichtigten Krankheiten keinen Rückgang, sondern – bedingt durch die nun konsequent durchgeführte Altersstandardisierung und damit bessere Vergleichbarkeit – teils deutliche Anstiege gegenüber 2015“, berichtet Prof. Dr. Hugo Katus, Präsident der DGK, bei der Präsentation des Deutschen Herzberichts 2017 in Berlin. Bei den Herzklappenkrankheiten gab es ein Plus von 4,2 Prozent, bei den Angeborenen Herzfehlern von 3 Prozent, bei den Herzrhythmusstörungen von 2,6 Prozent, bei der Herzinsuffizienz von 2,5 Prozent, bei den durch Durchblutungsstörungen bedingten ischämischen Herzkrankheiten sowie bei der Angina Pectoris von jeweils 0,3 Prozent. Stabil blieb die Häufigkeit des akuten Herzinfarkts. Maßstab für die Berechnungen ist die Anzahl stationärer Behandlungen („vollstationäre Hospitalisationsrate“) der im Herzbericht ausgewählten Krankheiten, die Hinweise auf den Krankheitsstatus einer Bevölkerung gibt.

Steigende Sterbeziffer

Die Sterbeziffer (Gestorbene pro 100.000 Einwohner) bei sämtlichen im Herzbericht ausgewählten Krankheiten ist 2015 im Vergleich zu 2014 etwas gestiegen (269,6 vs. 256,1). Unter diesen Diagnosen ist die Koronare Herzkrankheit mit Abstand die prognostisch ungünstigste, gefolgt vom akuten Herzinfarkt und der Herzinsuffizienz. „Wie in den Vorjahren, ist die Sterblichkeit bei Frauen in der Summe aller ausgewählten Diagnosen deutlich höher als bei Männern. Bloß bei den Koronaren Herzkrankheiten und beim akuten Herzinfarkt ist die Sterbeziffer der Männer höher als bei Frauen“, sagt Prof. Katus.

Insgesamt ist in Deutschland die summierte Sterbeziffer der im Herzbericht ausgewählten Herzkrankheiten seit den 1990er Jahren um 46,2 Prozent zurückgegangen – wobei aber auch Auswirkungen der Umstellung auf den Zensus 2011 berücksichtigt werden müssen. Herzkrankheiten sind in Deutschland noch immer die Todesursache Nummer Eins.

Anstieg der Sterblichkeit je nach Alter

Der Anstieg der Sterblichkeit ist bei verschiedenen Diagnosen mit zunehmendem Lebensalter unterschiedlich ausgeprägt. „Bei Männern nimmt die Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit ab

dem 65. bis 70. Lebensjahr zu, hingegen steigt die Sterblichkeit bei den übrigen Diagnosen erst ab dem 75. bis 80. Lebensjahr an. Auffällig ist der deutliche Anstieg der Sterblichkeit an der Herzinsuffizienz ab dem 80. bis 85. Lebensjahr. Bei Frauen nimmt die Sterblichkeit an der koronaren Herzkrankheit erst ab dem 75. bis 80. Lebensjahr exponentiell zu, gleiches gilt für die Sterblichkeit an einer Herzinsuffizienz ab dem 80. bis 85. Lebensjahr“, so Prof. Katus. „Die schon in den Vorjahren erhobenen Befunde bezüglich der Altersabhängigkeit der Sterblichkeit wurden durch die jetzigen Daten ergänzt und bestätigt.“

Sterblichkeit im Ländervergleich

Im Ländervergleich der Sterbeziffern für ischämische Herzkrankheiten und akuten Herzinfarkt haben die östlichen Bundesländer aufgrund ihrer Bevölkerungsstruktur die höchsten Werte. Die höchsten Sterbeziffern haben weiterhin Sachsen-Anhalt, Thüringen und Bremen, die niedrigsten Berlin, Hamburg und Baden-Württemberg.

Die Tendenz der Sterblichkeit bei den Diagnosen Koronare Herzkrankheit, akuter Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz trifft praktisch auf alle Bundesländer zu.

Morbidität und Sterblichkeit bei Koronarer Herzkrankheit

Bei den durch Durchblutungsstörungen hervorgerufenen ischämischen Herzkrankheiten (Koronare Herzkrankheit), die sich an den Herzkranzgefäßen auswirkt, lag die vollstationäre Hospitalisationsrate der Männer bei 803,0 (2015: 800,5) von 100.000 Einwohnern. Bei Männern war sie mit 1.105,6 (2015: 1.099) mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (508,8 (2015: 510,3)). Die Erkrankungshäufigkeit ist hier in den vergangenen Jahrzehnten rückläufig. Prof. Katus: „Die Zahl der vollstationär behandelten Patienten ging zwischen den Jahren 1995 und 2016 um insgesamt 17,9 Prozent zurück – in der Altersgruppe der Über-75jährigen um 9,5 Prozent, in der Gruppe der 65- bis Unter-75jährigen um 39 Prozent.“

Bei den ischämischen Herzkrankheiten übersteigt die Sterbeziffer der Männer mit 169,0 (2014: 161,8) jene der Frauen von 143,5 (2014: 137,1) deutlich.

Morbidität und Sterblichkeit bei akutem Herzinfarkt

Beim akuten Myokardinfarkt (Herzinfarkt, STEMI) betrug die vollstationäre Hospitalisationsrate insgesamt 266,7 auf 100.000 Einwohner (2015: 266,8), bei Männern war sie mit 360,2 (2015: 358,4) doppelt so hoch wie bei Frauen mit 175,7 (2015: 177,7) „Während sich bei Frauen der seit 2013 rückläufige Trend fortgesetzt hat, kam es 2016 bei Männern hier wieder zu einem leichten Anstieg der Diagnosen“, sagt Prof. Katus.

Der Rückgang der Sterblichkeit bei akuten Herzinfarkten zählt zu den beeindruckenden Erfolgen der modernen Herzmedizin. Gegenüber dem Beginn der 1990er Jahre verringerte sich 2015 in Deutschland die Herzinfarkt-Sterbeziffer bei Männern um 67,6 Prozent, bei Frauen um 57,3 Prozent. 1990 verstarben in Deutschland noch 85.625 Menschen an einem Herzinfarkt (48.850 Männer und 36.775 Frauen), was einer Sterbeziffer von 195,4 Männern und von 112,7 Frauen je 100.000 Einwohner entspricht. Bis zum Jahr 2015 verringerte sich die absolute Zahl der an einem

Herzinfarkt Verstorbenen auf 49.210 und die Sterbeziffer bei Männern auf 63,3 und bei Frauen auf 48,1.

Allerdings ist trotz der ausgeprägteren Abnahme der Sterblichkeit bei Männern deren Prognose beim akuten Herzinfarkt auch im Jahr 2015 immer noch ungünstiger als die Prognose der Frauen mit dem gleichen Ereignis, berichtet Prof. Katus.

Ausgeprägte Sterblichkeits-Unterschiede zwischen den Bundesländern

Zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es bei der Herzinfarkt-Sterblichkeit ausgeprägte Unterschiede in der Häufigkeit. Die höchste Sterblichkeit durch einen akuten Herzinfarkt findet sich, ähnlich wie in den Vorjahren, in den Bundesländern Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und im Saarland.

„Es ist wahrscheinlich, dass die Reduktion der Sterbeziffer beim akuten Herzinfarkt, abgesehen vom Rückgang der Anzahl von Rauchern, auch auf Verbesserungen der präventiven, rehabilitativen und therapeutischen Maßnahmen beruht. Dazu gehört die Notfall-PCI, Stents und Medikamente“, erklärt Prof. Katus. „Zu nennen sind auch Verbesserungen der Abläufe im Bereich der Rettungskette. Hier gilt der Grundsatz ‚Zeit ist Herzmuskel‘. An der Verkürzung der Prähospitalzeit im Rettungswagen und der ‚Pforte-Ballon-Zeit‘ im Krankenhaus wird seit Jahren gearbeitet. Die neu entstandenen Herzinfarktnetzwerke haben vermutlich ebenfalls Anteil daran, dass die Überlebensrate beim akuten Herzinfarkt angestiegen ist.“

Maßgebliche Rolle der Herzkatheter-Technik in Diagnose und Behandlung

Eine maßgebliche Rolle in der Behandlung der koronaren Herzkrankheit inklusive des akuten Herzinfarkts spielt heute die schonende Katheter-Technik. In Deutschland wurden im Jahr 2016 hochgerechnet 897.939 (plus 1,5 Prozent gegenüber 2015) Linksherzkatheter-Untersuchungen durchgeführt und 377.763 (plus 3,5 Prozent) therapeutische Perkutane koronare Interventionen (PCI), mit denen das verengte oder verschlossene Gefäß wieder geöffnet wird. Dabei wurden 2016 in Deutschland bei 339.931 Fällen Stents eingesetzt. Diese Mini-Gefäßstützen, mit denen verengte Gefäße offen gehalten werden, können vielen Patienten eine belastende Bypass-Operation ersparen.

Bei der Zahl der Linksherzkatheter-Messplätze liegt Deutschland seit Jahren in der Spitzengruppe, eine Überversorgung lasse sich allerdings aus den Zahlen nicht ableiten, sagt Prof. Katus. Eine Voraussetzung für die Behandlung sei, dass die Indikation für eine Herzkatheter-Untersuchung und gegebenenfalls Intervention gemäß den gültigen Leitlinien erfolge: „Die Analysen zeigen ein leitlinienkonformes Vorgehen in weit mehr als 90 Prozent aller registrierter Fälle.“

Herzklappen-Erkrankungen nehmen weiter zu

In den vergangenen zwei Jahrzehnten ist die Zahl von Krankenhausaufnahmen wegen Herzklappenerkrankungen um 70,1 Prozent gestiegen – von 69 (1995) auf 117 (2016) pro 100.000 Einwohner. „Dabei ist in der Altersgruppe der Über-75jährigen eine enorme Zunahme um 184,8 Prozent zu verzeichnen. Diesem Anstieg steht ein Rückgang in den meisten anderen Altersgruppen gegenüber“, so Prof. Katus.

Eine Ursache dieser Steigerungsraten ist die insgesamt höhere Lebenserwartung. „Entscheidend ist auch, dass es heute mit der Katheter-gestützten Aortenklappen-Implantation (TAVI) eine sichere

und sehr gut wirksame Behandlungsoption auch für Patienten im fortgeschrittenen Alter gibt, für die es bis vor kurzer Zeit keine Implantationsmöglichkeit mit vertretbarem Risiko gab“, so Prof. Katus. „Diese Gruppe ist allein aufgrund ihrer oft gravierenden Begleiterkrankungen besonders risikoreich.“

Das hat auch Auswirkungen auf die Sterblichkeitsrate. 2015 sind in Deutschland 16.987 Patienten an Herzklappenerkrankungen verstorben, was im Bundesdurchschnitt einer Sterbeziffer von 18,9 pro 100.000 Einwohner entspricht – im Jahr 1990 betrug sie noch 10,5.

Rasante Entwicklung bei der Katheter-gestützten Aortenklappen-Implantation (TAVI)

In den vergangenen Jahren ist eine rasante Entwicklung bei den – im Vergleich zu herkömmlichen herzchirurgischen Eingriffen am offenen Herzen – sehr schonenden Katheter-gestützten TAVI zu beobachten, die zunehmend über die Leistenarterie durchgeführt werden. Die Datenbank des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zeigt für das Jahr 2016 in Deutschland insgesamt 17.097 TAVI-Eingriffe, was einen Anstieg von 9,6 Prozent gegenüber dem Jahr davor bedeutet.

In den ersten Jahren seiner gut zehnjährigen Entwicklung war das TAVI-Verfahren alten Patienten über 75 Jahren mit hohem Risiko für eine konventionelle chirurgische Operation bzw. nicht operablen Patienten vorbehalten, sagt Prof. Katus: „Neue Studien haben in der 2-Jahres-Nachbeobachtung eine günstige Entwicklung für TAVI auch bei Menschen mit niedrigem Risiko ergeben. TAVI wird zunehmend grundsätzlich auch als Therapie-Option bei jüngeren Patienten mit hohem bis mittlerem Risiko angesehen.“

Herzinsuffizienz: Sinkende Sterblichkeit trotz steigender Fallzahlen

Die Herzinsuffizienz (Herzschwäche) war 2016 in Deutschland die häufigste Hauptdiagnose der in einem Krankenhaus vollstationär behandelten Patienten. Stationäre Krankenhaus-Einweisungen von Patienten mit Herzinsuffizienz sind im Jahr 2016 mit 518 pro 100.000 Einwohner gegenüber dem Jahr 2015 um 2 Prozent angestiegen. Der Wert bei Frauen lag 2016 mit 525 über jenem der Männer (506).

Von 1995 auf 2016 stieg die vollstationäre Hospitalisationsrate bei Herzinsuffizienz um insgesamt 101,5 Prozent an, was einer Verdoppelung entspricht. „Die vermuteten Ursachen dieser Entwicklung sind vielfältig: zunehmendes Lebensalter, längeres Leben mit der kardialen Grunderkrankung und wirksamere Behandlungsmöglichkeiten“, sagt Prof. Katus. „Viele Patienten überleben heute andere Herzkrankheiten, leben deshalb länger, und bekommen in einer späteren Lebensphase eine Herzinsuffizienz.“

Die Zahl der Gestorbenen mit Todesursache Herzinsuffizienz ist in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gefallen: Von 65.377 im Jahr 1990 auf 47.414 im Jahr 2015. Dass sie zuletzt von 44.551 (2014) auf 47.414 (2015) wieder etwas angestiegen ist, hat als eine mögliche Ursache die älter werdende Gesellschaft, so Prof. Katus: „Die Sterbeziffer bei Herzinsuffizienz nimmt sowohl bei Männern als auch bei Frauen ab der Altersgruppe der 80- bis unter 85-jährigen deutlich zu. Ihren Höchstwert erreichte sie in der Altersgruppe ab 90 Jahren.“

Herzrhythmusstörungen: steigende Häufigkeit und Sterblichkeit, bessere Therapien

Herzrhythmusstörungen gehören zu den verbreitetsten Herzerkrankungen mit zunehmender Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit. Unter den vielfältigen Formen von Herzrhythmusstörung ist

in Deutschland Vorhofflimmern die häufigste anhaltende Form. Derzeit sind etwa 800.000 Menschen, also rund ein Prozent der Bevölkerung, davon betroffen. Prof. Katus: „Innerhalb der nächsten 50 Jahre wird bei Vorhofflimmern mit einer Verdoppelung der Erkrankungszahlen gerechnet.“

Zwischen den Jahren 2008 und 2016 ist die Zahl der vollstationär behandelten Fälle von Herzrhythmusstörungen um 20,7 Prozent angestiegen (555 pro 100.000 Einwohner), seit dem Jahr 1995 um 103,7 Prozent. Die Ursache dieser Entwicklung liegt unter anderem in der verbesserten Diagnostik und Therapie sowie in der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung. Prof. Katus: „Der Anstieg spiegelt die vermehrte Wahrnehmung der Erkrankung dank besserer diagnostischer und therapeutischer Optionen in allen Altersgruppen – mit Ausnahme der unter 15-Jährigen – wider.“

Die Sterbeziffer stieg in Deutschland seit 1996 tendenziell ununterbrochen an und erreichte 2015 mit 31,5 pro 100.000 Einwohner den bisherigen Höchstwert. Auch bei den Herzrhythmusstörungen lagen die Sterbeziffern der Frauen in allen Bundesländern über jenen der Männer, wobei die Werte von 24 in Berlin bis zu 54 in Bremen reichen. Die Werte der Männer lagen zwischen 14 in Berlin und 36 in Bremen.

Steigende Zahlen bei Untersuchungen und Behandlungen von Rhythmusstörungen

Nach einer Hochrechnung aus der DGK-Erhebung für elektrophysiologische Untersuchungen wurden im Jahr 2016 in Deutschland 81.956 (2015: 76.188) Ablationen vorgenommen, ein Anstieg von 7,5 Prozent gegenüber dem Jahr davor, in diesen Zahlen sind rein diagnostische Untersuchungen zum Teil enthalten

Neben Medikamenten gibt es die interventionelle Möglichkeit einer Katheterablation, mit der krankhafte elektrische Erregungsherde am Herzmuskelgewebe verödet werden. Prof. Katus: „Die Steigerung der interventionellen Eingriffe spiegelt die verbesserten therapeutischen Möglichkeiten wider. Mit Steigerungen ist in Zukunft nach weiteren Investitionen in die dazu notwendige Infrastruktur zu rechnen.“

Auch die Behandlung mit Rhythmus-Implantaten zählt zu den Säulen der Therapie. Damit soll vor allem der plötzliche Herztod verhindert werden, an dem in Deutschland jedes Jahr etwa 200.000 Menschen sterben. Im Jahr 2016 wurden im Rahmen der stationären Versorgung von Patienten rund 157.000 solcher Operationen durchgeführt. Von 2015 auf 2016 hat die Zahl der Operationen bei implantierbaren Kardioverter/Defibrillatoren (ICD) um knapp 200 abgenommen, die Zahl der Herzschrittmacher-Eingriffe um etwa 1.000 zugenommen.

„Die Qualität der Versorgung mit kardialen Rhythmusimplantaten hat in Deutschland weiterhin ein hohes Niveau und kann sich mit den beiden europäischen Nachbarn, die belastbare Daten generieren, durchaus messen“, heißt es im Deutschen Herzbericht 2017. „Dennoch zeigt die seit Jahren hohe Rate an Revisionsoperationen, dass Verbesserungspotenziale vorhanden sind und realisiert werden sollten.“

