

Fakten-Highlights zum Deutschen Herzbericht – Update 2024

Herausgeber: Deutsche Herzstiftung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPk) und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR)

Entwicklungen, die besonders hervorstechen

Krankenhausaufnahmen (Morbidität) und Sterblichkeit (Mortalität)

Alle Herzkrankheiten machten 9,2 % aller in Deutschland im Rahmen der Krankenhausdiagnostik erfassten Krankheiten aus. Im Jahr 2022 wurden 1.574.352 Fälle wegen Herzkrankheit vollstationär behandelt und 216.944 Menschen sind wegen einer Herzkrankheit im Jahr 2022 verstorben.

Die **Herzschwäche (Herzinsuffizienz)** zählt zu den Herzkrankheiten mit der höchsten Morbidität mit 446.814 vollstationären Fällen (2022) und Mortalität mit 37.570 Gestorbenen (2022).

Die Herzerkrankung mit der höchsten Morbidität und Mortalität 2022 ist die **Koronare Herzkrankheit (KHK)** (=ischämische Herzkrankheiten inkl. **akuter Herzinfarkt**) mit 538.277 vollstationären Krankenhausaufnahmen (2021:552.669) und 125.984 Sterbefällen (2021: 121.172) in Deutschland und in der westlichen Welt und damit eine Herzkrankheit mit der höchsten Krankheitslast.

1. Krankenhausaufnahmen: Herzschwäche (Herzinsuffizienz)

Im Jahr 2022 betrug die Zahl der vollstationären Krankenhausaufnahmen (altersstandardisiert) 447,9 Fälle pro 100.000 Einwohner (EW) und ist somit im Vergleich zu 2020 mit 441,7 Fällen pro 100.000 EW angestiegen. Das entspricht einem Anstieg um 1,4 % zu 2020 (Tab. 1/6, S. 22).

Krankenhausaufnahmen (altersstandardisiert) 2018 bis 2022: Herzinsuffizienz

2018: 486,8 Fälle pro 100.000 EW

2019: 510,2 -/-

2020: 441,7 -/-

2021: 444,9 -/-

2022: 447,9 -/-

- ➔ Für Herzschwäche gilt ein steiler Altersgradient: Besonders ab 65 Jahren steigt die Zahl der Krankenhauseinweisungen steil an: 13-mal mehr Patient:innen im Vergleich zur Gruppe der 45- bis unter 65-Jährigen. Herzinsuffiziente Patient:innen über 85 Jahren repräsentieren die größte Gruppe der vollstationären Hospitalisierungen
- ➔ Männer wurden wesentlich häufiger als Frauen wegen einer Herzinsuffizienz stationär behandelt (531,8 vs. 363,9 pro 100.000 EW).
- ➔ Im Ländervergleich sind die Hospitalisationsraten wegen Herzinsuffizienz sehr verschieden. Beispiel: Baden-Württemberg (360) und Mecklenburg-Vorpommern (554 pro 100.000 EW).

Entwicklung der Krankenhausaufnahmen wegen Herzkrankheiten zwischen 2020-2022

Die vollstationäre Hospitalisationsrate (altersstandardisiert) ist bei den für den Herzbericht **ausgewählten Herzkrankheiten** zwischen 2020 und 2022 in der Summe um 0,4 % gesunken. Die vollstationären Krankenhausaufnahmen wegen **Herzinsuffizienz** stiegen von 2020 bis 2022 um 1,4 % auf 447,9 vollstationäre Aufnahmen pro 100.000 EW.

Andere Herzkrankheiten zeigen folgende Veränderungen:

- Ischämische Herzkrankheiten (KHK): - 5,8 % auf 577,2 vollstationäre Fälle/100.000 EW
- Herzrhythmusstörungen: +3,6 % auf 485,7
- Herzklappenkrankheiten: +7,8 % auf 105,6
- Angeborene Fehlbildungen: -4,1 % auf 29,7 Fälle/100.000 EW

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie: Krankenhausaufnahmen 2018 bis 2022

Ein ganz anderes Bild zeigt ein Blick auf die Entwicklung der Hospitalisationsraten (altersstandardisiert) 2018 bis 2022. In diesem Zeitraum kam es zu einer ausgeprägten Abnahme der vollstationären Krankenhausaufnahmen um 10,3 % (Tabelle 10/1, S. 161). Mit Ausnahme der Herzklappenerkrankungen (Zunahme um 1,8 %) weisen 2022 die Häufigkeiten der diagnostizierten Herzerkrankungen wie Ischämische Herzkrankheiten (KHK) oder Herzinsuffizienz eine relative Abnahme im Vergleich zu 2018 auf:

- Ischämische Herzkrankheiten (KHK): -16,6 % auf 577,2 vollstationäre Fälle/100.000 EW
- Herzrhythmusstörungen: -6,7 % auf 485,7
- Herzinsuffizienz: -8,0 % auf 447,9
- Angeborene Fehlbildungen: -7,9 % auf 29,7 vollstationäre Fälle/100.000 EW

Im Herzbericht vermuten die Autoren bei den zum Teil ausgeprägten Abnahmen einen möglichen Zusammenhang mit der Covid-Pandemie (z.B. Rückgang stationärer Aufnahmen, weil Patient:innen aus Sorge vor Infektion Krankenhausaufenthalte vermieden haben oder Krankenhausaufnahmen zeitweise auf Notfälle beschränkt wurden).

2. Sterblichkeit (Mortalität)

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren 2022, wie in den Vorjahren auch, die häufigste Todesursache (Tabelle 1/3, S. 13).

Chronische ischämische Herzkrankheit (KHK), akuter Herzinfarkt und Herzinsuffizienz waren die häufigsten Todesursachen in der Gruppe der Herzkrankheiten. Sie stellten – zusammen mit der hypertensiven Herzkrankheit sowie Vorhofflattern und Vorhofflimmern – einen Anteil von insgesamt 19,6% an allen Todesursachen.

Die Entwicklung der altersstandardisierten Mortalitätsrate der Herzkrankheiten ischämische Herzkrankheiten (KHK), Herzklappenkrankheiten, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz und angeborene Fehlbildungen in der Summe von 2020 bis 2022 weist einen Anstieg um 6,3% von 204.142 (2020) zu 216.944 (2022) Gestorbenen auf. Anteil nach Geschlecht: Frauen: 108.922, Männer: 107.952 Gestorbene

Sterblichkeit durch Herzschwäche

Im Vergleich zu 2020 ist die Mortalitätsrate (altersstandardisiert) der Herzschwäche im Jahr 2022 von 36,3 auf 37,7 Sterbefälle pro 100.000 EW gestiegen, in absoluten Zahlen von 34.855 (2020) auf 37.570 (2022) an Herzinsuffizienz Gestorbenen.

Die altersstandardisierte Mortalitätsrate bei Herzinsuffizienz der Männer lag bei 39,4 (2021: 37,9) und damit 9,6 % über dem der Frauen mit 36,0 (2021: 33,7).

Sterblichkeitsrate (altersstandardisiert) 2018 bis 2022: Herzinsuffizienz

2018: 41,2 Gestorbene pro 100.000 EW

2019: 37,6 -/-

2020: 36,3 -/-

2021: 35,8 -/-

2022: 37,7 -/-

Anstieg der Sterblichkeit durch Herzkrankheiten (standardisiert) 2020 vs. 2022

Die Sterblichkeit durch **Herzinsuffizienz** stieg von 2020 bis 2022 um 3,8 % auf 37,7 Sterbefälle pro 100.000 EW (2021: 35,8) (Tab. 1/9, S. 30). Andere Herzkrankheiten zeigen folgende Veränderungen:

- Ischämische Herzkrankheit (KHK): + 1,1 % auf 133,3 Sterbefälle pro 100.000 EW (2021: 129,7)
- Herzklappenerkrankungen: +8,0 % auf 21,9 (2021: 20,5)
- Herzrhythmusstörungen: +8,4 % auf 30,5 (2021: 28,5)
- Angeborene Fehlbildungen: +15,3 % auf 0,8 (2021: 0,7)

Sterblichkeit durch KHK/Herzinfarkt im Ländervergleich

Im Ländervergleich der altersstandardisierten Mortalitätsrate für ischämische Herzkrankheiten (KHK) und akuten Myokardinfarkt haben die östlichen Bundesländer die höchsten Werte (Tabelle 1/8 A, S. 27).

- Die **niedrigste Mortalitätsrate** haben: Hamburg (KHK: 91/Herzinfarkt 34 pro 100.000 EW), Nordrhein-Westfalen (111/33) und Baden-Württemberg (121/50)
- Die **höchste Mortalitätsrate** haben: Sachsen-Anhalt (181/65), Mecklenburg-Vorpommern (180/68) und Sachsen (157/56) (Tabelle 1/8 C, S. 28).

Der dominierende Einfluss der koronaren Herzkrankheit und der Herzinsuffizienz auf die Sterblichkeit durch Herzkrankheiten wird deutlich.

Statement Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung:

„Die Herzinsuffizienz ist mit der koronaren Herzkrankheit (KHK) Hauptursache für den plötzlichen Herztod mit rund 65.000 Sterbefällen in Deutschland. Ein großes Potenzial zur Senkung der Sterblichkeit durch Herzerkrankungen liegt neben einem effizienteren Einsatz des gesamten Armamentariums der herzmedizinischen Diagnostik, Therapie und Nachsorge in gezielten Präventions- und Aufklärungsstrategien zu Themen wie herzgesunder Lebensstil und Laien-Reanimation. Diese Präventionsmaßnahmen müssen im Kindes- und Jugendalter ansetzen. Auch bedarf es mehr ambulanten kardiologischer Versorgung auch außerhalb der Ballungsgebiete und mehr Investitionen in die kardiovaskuläre Forschung.“

3. Herzkrankheiten und Besonderheiten bei Alter und Geschlecht

Die Zahlen des Herzberichts zeigen, dass sich die Altersstruktur in der Verbreitung der Herzkrankheiten unterscheidet. Während die **Herzinsuffizienz** mit Krankenhausaufnahmen besonders ab 60 bis 65 Jahren und dann exponentiell ansteigt und herzinsuffiziente Patient:innen über 85 Jahren die größte Gruppe der vollstationären Hospitalisierungen repräsentieren, sind die **KHK** und **Herzrhythmusstörungen** nicht nur Erkrankungen des Alters.

Vor allem Männer sind schon ab Mitte Vierzig vermehrt betroffen. Bereits ab einem Alter von 45 steigt die Zahl der Krankenhausaufnahmen bei Männern wegen KHK und bei Männern mit Herzrhythmusstörungen ab dem 50. Lebensjahr kontinuierlich an (Abb. 1/4, S. 19). Im Jahr 2022 starben 46.608 Personen am **akuten Herzinfarkt**, 27.750 Männer und 18.858 Frauen. Die betroffenen Männer waren bei Eintritt des tödlichen Ereignisses deutlich jünger als die betroffenen Frauen. In der Altersspanne zwischen 55 und 60 steigt die Rate von an

einem Herzinfarkt verstorbenen Männern auf über 2.000 pro 100.000 Einwohnern, bei Frauen kommt es dazu erst in der Altersspanne zwischen 75 und 80 (s. Abb. 2/7, S. 41).

4. Pandemiejahr 2022: Rückläufigkeit stationär durchgeführter Herz-Eingriffe

Die Zahl der vollstationär wegen Herzerkrankungen behandelten Patient:innen ging zwischen 2018 und 2022 um 10,3 % zurück (Tab. 10/1 S. 161). Zugleich lassen sich für diesen Zeitraum bei sämtlichen Operations- und Interventionszahlen (Ausnahme: TAVI mit +14,2 %) rückläufige Zahlen feststellen. Besonders ausgeprägt weisen die isolierte koronare Bypassoperation (-25,9 %) sowie Eingriffe bei Herzschrittmachern (Implantation: -3 %) und ICD (Implantation: -15,7 %) Rückgänge auf. Dieser Rückgang ist möglicherweise zum Teil noch auf Covid-19-bedingte Einschränkungen von Kapazitäten in den Krankenhäusern oder der Vermeidung von Krankenhausbesuchen aus Sorge von Patient:innen vor einer Infektion zurückzuführen. Die langfristigen Auswirkungen auf die Herzgesundheit der Patient:innen ist derzeit unklar (Tab. 10/2, S. 162). Inwiefern die ausgefallenen oder verspätet durchgeführten Eingriffe die langfristige Prognose und Gesundheit der Patient:innen beeinträchtigen, lässt sich derzeit nicht abschätzen.

Entwicklung von PCI und koronarer Bypass-OP 2018 bis 2022*:

PCI	Koronare Bypassoperation (isoliert)
2018: 298.442	2018: 33.999
2019: 326.124	2019: 34.224
2020: 283.561	2020: 29.444
2021: 288.641	2021: 27.947
2022: 295.429	2022: 27.994

*PCI auf Grundlage von IQTIG-Daten/koronare Bypass-OP auf Grundlage von DGTHG-Daten

5. Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme

Bei schwerer Herzschwäche im Endstadium sichert die mechanische Herz-Kreislauf-Unterstützung das Überleben der Patient:innen, ersetzt jedoch nicht den Goldstandard der Herztransplantation. Für Patient:innen auf der Warteliste für ein Spenderherz gibt es bis zur Erholung des Herzmuskels oder zur Überbrückung bis zur Transplantation die Option eines Herzunterstützungssystems. Am häufigsten kommt das Linksherzunterstützungssystem (LVAD) zum Einsatz. Auch ventrikuläre Assistssysteme für den rechten Ventrikel oder für beide Herzkammern (RVAD, BVAD) sind verfügbar.

- 699 Herzpatient:innen auf der Warteliste im Jahr 2022 standen in Deutschland nur 358 Herztransplantationen gegenüber.
- Bei Kindern unter 16 Jahren wurden 42 Herztransplantationen durchgeführt.
- 96 Spenderherzen wurden 2022 aus dem Ausland importiert
- LVAD-Therapie verzeichnet 2022 mit 655 Implantationen einen Rückgang (2021: 731). Die meisten der permanent implantierbaren Systeme, vorrangig LVAD, werden in herzchirurgischen Fachabteilungen implantiert, die auch gleichzeitig über ein Transplantationsprogramm verfügen.
- BVAD mit 12 und die Voll-Kunstherzen (total artificial hearts = TAH) mit 5 Implantationen weiterhin auf sehr niedrigem Niveau.

Zahlreiche der aus dem Ausland importierten Spenderherzen für Herztransplantationen in Deutschland kommen aus Ländern des Eurotransplant-Verbunds – alles Länder mit Widerspruchslösung. 2022 ermöglichten 80 Spenderherzen aus dem Eurotransplant-Verbund Herztransplantationen in Deutschland (weitere 16 aus dem übrigen Ausland). Deutschland profitiert von den verhältnismäßig höheren Spendezahlen der Nachbarländer. Unter den derzeitigen Bedingungen lässt sich nur mit Hilfe von Spenderorganen aus dem Ausland –

wohlgemerkt alles Länder mit Widerspruchslösung (im Fall des Eurotransplant-Verbunds) – auch die Zahl der transplantierten Herzen erhöhen.

„Der Import von Spenderorganen ist moralisch fragwürdig, solange sich Deutschland gegen eine Widerspruchslösung entscheidet. Deutschland hat als einziges Mitgliedsland von Eurotransplant keine Widerspruchslösung. Wir brauchen in Deutschland einen Kulturwandel bei der Organspende. Die Widerspruchslösung wäre ein möglicher Schritt dahin“, betonen die Spitzenvertreter der Deutschen Herzstiftung und der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften für Kardiologie (DGK), für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK) sowie für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR).

6. Mehr Herzinsuffizienz-Fälle auch bei EMAH-Patient:innen*

Die stetig steigende Zahl der Gruppe der EMAH führt auch zu einem erheblichen Anstieg der EMAH-Patient:innen, die eine Herzinsuffizienz entwickeln. Bis zu 40 % der AHF-Patient:innen entwickeln eine Herzschwäche innerhalb von 20 Jahren nach einer AHF-Operation. Bis zu 20 % der AHF-Patient:innen (12 % mit einfachem, 40 % mit komplexem Herzfehler) benötigen eine medikamentöse Herzinsuffizienztherapie während der Nachsorge. Während in der Normalbevölkerung die Herzinsuffizienz die dritthäufigste Todesursache ist, stellt sie bei AHF-Patient:innen die Nummer 1 dar (bei 25-40 % der EMAH-Patient:innen).

Experten gehen davon aus, dass für EMAH-Patient:innen als Todesursache – je nach Studie – neben der Herzinsuffizienz (21 %) der plötzliche Herztod mindestens so bedeutsam ist (20-25 % in Abhängigkeit von dem zugrundeliegenden Herzfehler).

Einordnung

- Die Daten des Deutschen Herzberichts zeigen, dass sich der positive Trend in der Therapie von Herzerkrankungen, allen voran der KHK mit rückläufigen Krankenhausaufnahmen, fortsetzt. Weiterhin verzeichnet Deutschland aber eine immens hohe Zahl an Patient:innen, die wegen Herzkrankheiten stationär behandelt werden müssen oder an Herzkrankheiten versterben.
- Bei der Sterblichkeit der Herzschwäche könnte sich mit einem Anstieg 2022 – nach mehreren Jahren der Rückläufigkeit - eine Trendwende abzeichnen, die genau zu beobachten ist.
- Die hohe Last an Begleiterkrankungen bei Herzinsuffizienz erfordert ein multidisziplinäres und noch stärker (interdisziplinär) vernetztes Vorgehen in der Herzmedizin. Moderne Technologien der Telemedizin (Telemonitoring) und sektorenübergreifende Einheiten wie z.B. Heart-Failure-Units (HFU), die eine stationär-ambulante Arbeitsteilung fördern, spielen hierbei eine bedeutsame Rolle.
- Der Fokus in Prävention und Therapie muss auf den Grund- und Begleiterkrankungen (Komorbidität) wie Koronare Herzkrankheit (KHK), Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Vorhofflimmern/Vorhofflattern, Diabetes mellitus Typ 2 und Niereninsuffizienz liegen.
- Die Entwicklung der Sterblichkeit (Zunahmen gegenüber 2020 bei allen Herzkrankheiten) und Erkrankungshäufigkeit (Krankenhausaufnahmen) zeigen erneut, dass alle Möglichkeiten vor allem der Prävention durch gezielte Programme der Bewegungs- und Nichtraucherförderung (Schulen, Betriebe) sowie der frühen Diagnostik und Therapie verstärkt und effizienter genutzt werden müssen. Ziel muss sein, noch gezielter die Hauptrisikofaktoren der KHK und Herzschwäche: Rauchen, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen (hohes LDL-Cholesterin), Diabetes mellitus, Übergewicht sowie psychosozialer Stress, einzudämmen.
- Eine erfolgreiche Eindämmung der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit impliziert zugleich eine gezielte medizinische Versorgung, die die Besonderheiten in Alter und

Geschlecht und damit verbundene Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit und Prognose der Herzpatient:innen in den Fokus nimmt.

- Die Herzinsuffizienz ist bei dem stetig wachsenden Patient:innenkollektiv der Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler (EMAH) die häufigste Todesursache. Mehr Investitionen in Forschung, Herzinsuffizienz-Therapien und Nachsorge für EMAH sind dringend nötig.
- Kritisch sehen die Deutsche Herzstiftung und alle Mitglieder der Nationalen Herz-Allianz (NHA) die 2022 Covid-Pandemie-bedingte Rückläufigkeit in der kardiologischen und herzchirurgischen Versorgung insbesondere bei den sogenannten elektiven, d. h. planbaren Eingriffen. Von 2018 zu 2022 kam es zu einer deutlichen Abnahme bei chirurgischen und bei kardiologischen katheterbasierten Eingriffen.

„Für die Zukunft muss auch die Resilienz der herzmedizinischen Versorgung in Ausnahmesituationen wie der Covid-Pandemie im Fokus der Herzmedizin bleiben“, so Prof. Dr. Thomas Voigtländer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung.

Hinweis – Bei Abdruck/Nutzung der Presse-Information bitten wir um folgende Angabe:

Der Deutsche Herzbericht – Update 2024 wird von der Deutschen Herzstiftung zusammen mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften für Kardiologie (DGK), für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), für Kinderkardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK) und für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) alljährlich herausgegeben. Infos und ePaper: www.herzstiftung.de/herzbericht

Der Deutsche Herzbericht-Update 2024 ist kostenfrei (ePaper) abrufbar unter:

www.herzstiftung.de/herzbericht

Infos für Patient:innen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bietet die Herzstiftung kostenfrei unter www.herzstiftung.de an.

Die vollständige Pressemappe zur Vorstellung des Deutschen Herzberichts-Update 2024

mit weiteren Presstexten sowie druckfähiges Grafik- und Bildmaterial erreichen Sie unter:

www.herzstiftung.de/herzbericht



Collage: Deutsche Herzstiftung/Cover: Thieme Verlag

*Quellen

- (1) Dtsch Arztebl 2022; 119(37): [6]; DOI: 10.3238/PersKardio.2022.09.16.01
- (2) Amdani et al., Circulation, Vol. 150, Issue 2, 9 July 2024; Pages e33-e50. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001245>
- (3) Diller G-P, Baumgartner H, Herzinsuffizienz bei EMAH: Was ist anders bei Diagnostik und Therapie?, in: Deutsche Herzstiftung (Hg.), Leben mit angeborenem Herzfehler im Erwachsenenalter – Ein Leitfaden, Frankfurt a.M. 2021.

Presse-Kontakt: Deutsche Herzstiftung e. V., Pressestelle, Tel. 069 955128-114/-140, Mobil: 0172 7393742, E-Mail: presse@herzstiftung.de, www.herzstiftung.de