



Das Rätsel koronare Herzkrankheit im europäischen Vergleich

KHK-Mortalität-- Seit Jahrzehnten sinkt die Mortalität an koronarer Herzkrankheit weltweit. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland bezogen auf die Mortalitätsrate für koronare Herzkrankheit aber hinter den meisten westeuropäischen Ländern. Die Gründe dafür sind unklar.

VON SUSANNE STOLPE UND ANDREAS STANG

Die ausführliche Darstellung der kardiovaskulären Gesundheit in Deutschland im „Deutscher Herzbericht“ zeigt einen lang anhaltenden, kontinuierlichen Rückgang der altersstandardisierten Mortalitätsrate für die koronare Herzkrankheit (KHK, ICD10 I20-I25). Sie sank von 2000 bis 2018 um mehr als 50 % von 263 auf 128 Verstorbene je 100.000. Auch international lässt sich ein ähnlicher Rückgang der KHK-Mortalität beobachten. Als Gründe für diese Entwicklung gelten allgemein erfolgreiche Anstrengungen zur Prävention kardiovaskulärer Risikofaktoren, verbesserte Diagnose sowie Fortschritte in der Therapie der KHK.

Der Zusammenhang zwischen der Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren in der Bevölkerung und der Mortalität an KHK wurde bereits für die deutschen Bundesländer gezeigt [1]. Das Risikofaktoren-Profil in Deutschland hat sich nach den Daten der OECD uneinheitlich entwickelt. Zwar nahm der Anteil der Menschen, die täglich rauchen, in Deutschland von 1999 bis 2016 ab, auch der Anteil der Hypertoniker sank (von 30 % auf 20 %). Dagegen stieg der Anteil von Übergewichtigen und von Personen mit Diabetes an. Mit diesem Hintergrund ist nicht überraschend, dass die Morbidität an KHK in Deutschland nur wenig rückläufig ist. Im Jahr 2011 wurden 822 Personen je 100.000 wegen einer KHK hospitalisiert, 2018 waren es noch 754 [2].

Überdurchschnittliche Versorgung bei KHK-Diagnostik und Therapie

Bezogen auf Verbesserungen in KHK-Diagnostik und Therapie spiegeln die Zahlen von OECD und Weltbank eine überdurchschnittlich gute Versorgungssituation in Deutschland wider. So lag Deutschland im europäischen Vergleich 2016 auf Platz 4 der Gesundheitsausgaben pro Kopf. Mit 447 Bypass-Operationen pro einer Million Einwohner liegt Deutschland hinter den Niederlanden (716) und der Schweiz (460), aber vor Dänemark (387) und Frankreich (213). Dagegen war in Deutschland mit Abstand die höchste Anzahl interventioneller Kardiologen je einer Million Einwohner registriert: 53 im Vergleich zu 10 in den Niederlanden, 16 in Dänemark oder 27 in der Schweiz. Die Anzahl der invasiven Koronarangiografien war 2017 mit 9.360 je einer Million Einwohner etwa dreimal höher als in den Niederlanden, knapp doppelt so hoch wie in Dänemark und 40 % höher als in der Schweiz [3].

Trotz dieser Zahlen war 2018 nur in 543 von 1.391 Krankenhäusern, in denen Patienten mit akutem Myokardinfarkt aufgenommen wurden, die notwendige fachärztliche oder gerätebezogene Ausstattung für eine PCI vorhanden [4]. Eine überdurchschnittliche Versorgung durch PCIs kann aber auch auf eine Überversorgung hindeuten. Bei stabiler KHK z. B. führte eine nicht leitliniengestützte PCI im Vergleich zur medikamentösen Behandlung nicht zu einer verbesserten Prognose [5]. In An-

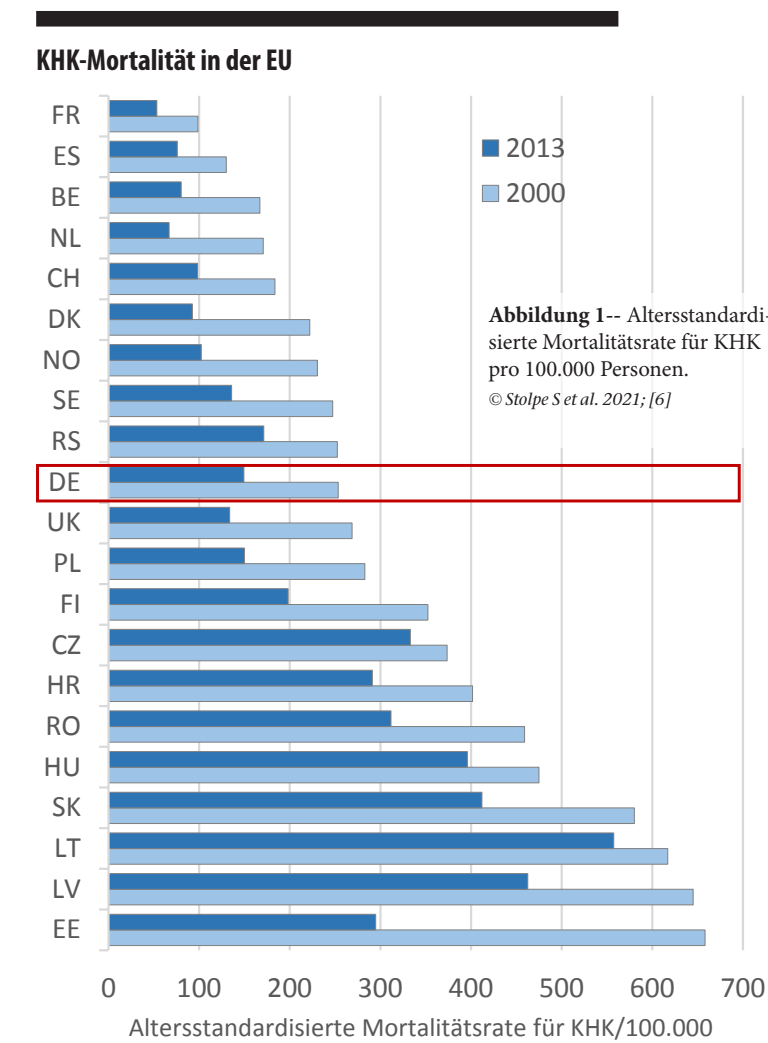


Abbildung 1-- Altersstandardisierte Mortalitätsrate für KHK pro 100.000 Personen. © Stolpe S et al. 2021; [6]

betracht der hohen Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems ist die weiterhin relativ hohe KHK-Mortalität schwer erklärbar (Abb. 1).

Nach einer Analyse der Todesursachen in Europa von 2000 bis 2013 muss die Todesursache KHK nicht isoliert, sondern im Kontext aller Todesursachen(-gruppen) eines Landes betrachtet werden [6]. Im Sterbefall steht eine KHK bei der Feststellung der Todesursache häufig in Konkurrenz zu anderen prävalenten Erkrankungen. Je häufiger andere Erkrankungen als Todesursache festgestellt werden, desto niedriger ist die KHK-Mortalität. So verringert sich der Anteil der potenziell an KHK-Verstorbene z. B. durch die stark ansteigende Mortalität an Demenz.

Unterschiedliche Qualität der Statistiken

Aber auch die Qualität der Mortalitätsstatistik an sich – gemessen am Anteil nicht-informativer Todesursachen wie z. B. Herzinsuffizienz, Herzstillstand oder „unbekannte Todesursache“ (= R00-R99) ist in Europa unterschiedlich. Je höher der Anteil nicht informativer kardiovaskulärer Todesursachen, desto größer ist die Unterschätzung der KHK-Mortalität. In Deutschland wurde 2013 bei 20% der kardiovaskulären Todesfälle eine nicht informative Todesursache angegeben, im Vergleich zu 25 % in Frankreich und den Niederlanden und zu < 5 % in Großbritannien und Finnland.

Die hohe KHK-Mortalität in Deutschland ist schwer erklärbar.

Ursachen für KHK-Mortalität



Abbildung 2-- Auswahl von Faktoren mit möglichem Einfluss auf berichtete Fälle von KHK-Mortalität. © eigene Darstellung

Um mehr als **50** Prozent sank die altersstandardisierte KHK-Mortalität von 263 auf 128 Verstorbene je 100.000 Personen zwischen 2000 und 2018 in Deutschland.

Ein von der Deutschen Herzstiftung gefördertes Forschungsprojekt „Internationaler Vergleich der Inzidenz, der Mortalität und Prognose der koronaren Herzkrankheit“ am Institut für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) in Essen soll weitere Faktoren identifizieren, die Einfluss auf die berichtete KHK-Mortalität haben und die über die veröffentlichten Gesundheits- und Strukturdaten hinausgehen. Das Vorhaben wird durch Mitglieder des DGK-Zentrums für kardiologische Versorgungsforschung wissenschaftlich unterstützt. Für das Projekt sollen europaweit Datenquellen identifiziert werden, wie z. B. KHK-Register und Kohortenstudien, die valide und methodisch vergleichbare Informationen zu Inzidenz und Mortalität von KHK liefern.

Rahmenbedingungen definieren

Zum anderen sollen Informationen aus Literatur und Gesundheitsberichterstattung zusammengetragen werden, mit denen die Rahmenbedingungen der KHK-Diagnose und -Therapie beschrieben werden können. Dies kann u. a. in Bezug auf die Patientenpopulation, auf Unterschiede in der Organisation und Abrechnung der stationären Versorgung (z. B. Art des Versorgers, Umgang mit Mindestmengenregeln oder DRG-bezogene Vergütung), der Qualität der Notfallversorgung, Therapie (Ausstattung, leitliniengemäße Versorgung) und der Nachsorge (z. B. Häufigkeit von Rehabilitation und Krankenhaus-Wiederaufnahme) und nicht zuletzt in Bezug auf Unterschiede in der Anwendung von Therapieoptionen (Guidelines, Empfehlungen, Präferenzen) näher beschrieben werden können. Erst im Zusammenspiel aller dieser Aspekte kann die KHK-Mor-

talitätsrate als Endprodukt vieler einzelner Einflussfaktoren international eingeordnet werden (Abb. 2).

Das Projekt soll vor allem zeigen, ob ausreichend Daten und Informationen verfügbar sind, mit denen sich diese Einordnung zumindest für einzelne europäische Länder durchführen lässt. Es ist gut möglich, dass am Ende des Projekts die Erkenntnis steht, dass ein Vergleich der KHK-Mortalitätsraten international nicht valide möglich ist. Damit würde sich die Hoffnung verbinden, dass vergleichbare epidemiologische Erhebungen initiiert werden, die für alle beteiligten Länder einen Erkenntnisgewinn hinsichtlich einer weiter verbesserten Versorgung von Patienten mit KHK zur Folge haben kann ■

Literatur--

1. Stang A, Stang M. Dtsch Arztebl Int. 2014; 111(31-32):530-6
2. Deutsche Herzstiftung (Hrsg.) 2020; 31. Deutscher Herzbericht 2019. Frankfurt/Main: Thieme
3. ESC Cardiovascular Realities 2020; <https://www.escardio.org/Research/ESC-Atlas-of-cardiology> (Stand: 22.2.2021)
4. Klaber J et al. (Hrsg.) 2018; Krankenhausreport 2018. Stuttgart: Schattenaue
5. Figulla RH et al. Dtsch Arztebl Int. 2020; 117:137-44
6. Stolpe S et al. Eur J Epidemiol. 2021; 36(1):57-68



Kontakt-- Susanne Stolpe, M.Sc., Universitätsklinikum Essen, Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE); susanne.stolpe@uk-essen.de