

Deutscher Herzbericht 2016

Was bedeuten die Daten für Sachsen?

S. G. Spitzer¹, T. Brockow²

Einführung

Die Krankheitskosten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen betragen im Jahr 2015 in Deutschland 46,4 Milliarden Euro. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, entfielen damit rund 13,7 Prozent der gesamten Krankheitskosten in Höhe von 338,2 Milliarden Euro auf diese Krankheitsgruppe, dicht gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen mit 44,4 Milliarden Euro und einem Anteil von 13,1 Prozent [1].

Der Deutsche Herzbericht mit seiner mittlerweile fast 30-jährigen Tradition zählt zu den bedeutendsten und umfangreichsten Versorgungsanalysen Deutschlands. Seit 2011 wird der Bericht von der Deutschen Herzstiftung gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK) herausgegeben. Zuvor war über viele Jahre Dr. iur. Ernst Brucknerberger Herausgeber des Berichts.

Der Deutsche Herzbericht beschreibt die stationäre Behandlungshäufigkeit, Sterblichkeit sowie kardiologische beziehungsweise herzchirurgische Versorgung von fünf ausgewählten Herzerkrankungen in Deutschland und in den einzelnen Bundesländern. Zu den ausgewählten Diagnosen zählen

- die ischämischen Herzerkrankungen (ICD 10; I20-I25),
- die Herzklappenkrankheiten (I05-I09; I34-I39),
- Herzrhythmusstörungen (I44-I49),
- die Herzinsuffizienz (I50)

- sowie angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems (Q20-Q28).

Die Daten zur stationären Behandlungshäufigkeit entstammen der Krankenhausstatistik, die Daten zur Sterblichkeit der Todesursachenstatistik. Die Daten zur stationären Behandlungshäufigkeit des hier analysierten Herzberichts [2] beziehen sich auf das Jahr 2015, die Daten zur Sterblichkeit auf das Jahr 2014. Die Versorgungsdaten wurden unterschiedlichen Datenquellen entnommen (zum Beispiel Umfragen der Fachgesellschaften oder Daten der externen Qualitätssicherung) und beziehen sich auf das Jahr 2015. Die Bevölkerungsdaten entstammen dem Zensus 2011 mit Fortschreibung bis 2015.

Aus der Mitteilung der DGK zum Deutschen Herzbericht 2016 [3]

Herzmedizin in Deutschland auf hohem Niveau

Statistiken zeigen zwar, dass Herzerkrankungen nach wie vor zu den häufigsten Gründen für eine Krankenhausaufnahme zählen. Die gute Nachricht ist aber, dass immer mehr Betroffene diese Leiden überleben. 1990 starben 325 von 100.000 Einwohnern (EW) an den häufigsten Herzerkrankungen, 2014 waren es nur noch 256.

Angeführt wird die Erfolgsstatistik von Krankheiten, die auf angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems zurückgehen. Im Vergleich zu 1990 ging die Zahl der dadurch bedingten Todesfälle pro 100.000 Einwohner um 67 Prozent zurück. Gleich dahinter folgen bereits die beiden häufigsten Herzerkrankungen: An einer Herzinsuffizienz starben 2014 33 Prozent weniger Patienten als 1990, bei der koronaren Herzerkrankung betrug der Rückgang 31 Prozent.

Ungebrochener Positivtrend beim Herzinfarkt

Ein akuter Herzinfarkt wurde in Deutschland 2015 in 219.217 Fällen diagnostiziert. Zwei Drittel davon

betrafen Männer. Damit ist die Zahl der Herzinfarkte gegenüber den Vorjahren 2013 und 2014 leicht rückläufig.

Viel deutlicher aber sank die Sterberate (SR). 2014 verstarben an akutem Herzinfarkt 59 pro 100.000 EW. Im Vergleich zum Jahr davor ist das ein Rückgang von knapp acht Prozent, im Langfristvergleich mit dem Jahr 1990 sogar von ca. 45 Prozent. Als Gründe für den Rückgang der SR werden vor allem ein effizienteres Rettungs- und Notarzt-System, verbesserte strukturelle und therapeutische Maßnahmen in den Krankenhäusern, eine Verkürzung der Pforten-Ballon-Zeit (also Erstaufnahme bis Ballondilatierung), verbesserte Techniken zur Wiedereröffnung verschlossener Blutgefäße sowie eine bessere medikamentöse Begleittherapie diskutiert. Bei Frauen lag die SR beim Infarkt mit 51 pro 100.000 EW um 26 Prozent niedriger als bei Männern – ein Befund, der sich bereits in den Vorjahren zeigte.

Die meisten Herzkrankheiten sind für Frauen gefährlicher

Mit Ausnahme des Herzinfarktes sind die meisten Herzerkrankungen für Frauen gefährlicher, obwohl Männer häufiger von Herzerkrankungen betroffen sind. So entfallen 58 Prozent aller durch Herzleiden bedingten stationären Krankenhausnahmen auf Männer. Dennoch beträgt die SR für alle Diagnosen zusammengerechnet bei Frauen 268, bei Männern 244 pro 100.000 EW. Besonders eklatant sind die Unterschiede bei der Herzinsuffizienz und den Herzrhythmusstörungen. Hier liegen die SR bei Frauen um 71,2 Prozent beziehungsweise 48,2 Prozent höher als bei Männern.

Anstieg bei Herzrhythmusstörungen und Herzklappenkrankheiten erklärbar

Für Herzrhythmusstörungen und Herzklappenkrankheiten ist ein Anstieg zu verzeichnen. Im Vergleich zu 1990 lag die SR bei den Herzrhythmusstörungen insgesamt um 85 Prozent höher, bei den Herzklappenkrankheiten sogar um 154 Prozent.

¹ Praxisklinik Herz und Gefäße, Dresden

² Sächsische Landesärztekammer, Dresden

Tab. 1: Entwicklung der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Deutschland 2010 – 2014/15

Bezeichnung	Stationäre Behandlungsrate*						Sterberate†				
	2010 ¹	2011 ¹	2012 ¹	2013 ²	2014 ²	2015 ²	2010 ¹	2011 ¹	2012 ¹	2013 ²	2014 ²
Ischämische Herzerkrankungen	814	807	827	807	816	801	163	155	159	160	149
Herzklappenerkrankungen	90	96	105	107	112	112	16	17	19	20	20
Herzrhythmusstörungen	488	506	537	544	556	560	29	29	31	32	32
Herzinsuffizienz	454	465	480	491	533	541	59	56	58	57	55
Angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems	28	27	27	27	28	28	1	1	1	1	1
Gesamt	1.874	1.899	1.975	1.975	2.045	2.041	268	257	267	269	257

* stationäre Behandlungsrate: vollstationäre Fälle je 100.000 Einwohner

† Sterberate: Gestorbene je 100.000 Einwohner

© Deutscher Herzbericht 2014¹, Deutscher Herzbericht 2016²

Paradoxe Weise könnten aber auch diese Daten Belege für die Fortschritte in der Herzmedizin sein. Verbesserte Diagnose- oder Behandlungsmethoden führen häufig zu einer gesteigerten Wahrnehmung und damit zu einem scheinbaren Anstieg der Morbidität, aber auch der Mortalität, und zwar durch eine häufigere Zuordnung der Diagnose auf den Totenscheinen. Zudem wird die Bevölkerung durch die verbesserten medizinischen Rahmenbedingungen immer älter und damit für Herzleiden anfälliger.

Stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen [2]

Stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Deutschland

Die häufigsten Herzerkrankungen, die 2015 in Deutschland zu einer stationären Behandlung führten, waren ischämische Herzerkrankungen mit einer stationären Behandlungsrate (SBR) von 801 auf 100.000 EW, gefolgt von Herzrhythmusstörungen (SBR: 560) und der Herzinsuffizienz (SBR: 541). Herzklappenerkrankungen (SBR: 112), und insbesondere angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems (SBR: 28) spielten anteilig eine untergeordnete Rolle.

Auch bei der Sterblichkeit führten ischämische Herzerkrankungen die Statistik an. Die SR lag bei 149 auf

100.000 EW, gefolgt von der Herzinsuffizienz (SR: 55) und den Herzrhythmusstörungen (SR: 32).

Betrachtet man weiterhin die Entwicklung dieser Krankheitsbilder in den letzten fünf Jahren, so lässt sich für ischämische Herzerkrankungen ein leichter Rückgang der SBR und SR feststellen; bei der Herzinsuffizienz hingegen ist eine Zunahme der SBR bei jedoch kaum veränderter SR zu verzeichnen (siehe Tab. 1).

Den langfristigen Trend, wonach die SBR bei ischämischen Herzerkrankungen seit dem Jahr 2000 mehr oder weniger kontinuierlich abnimmt, führen Kardiologen auf eine gute ambulante Betreuung zurück. Als Gründe werden der Ausbau der ambulanten Diagnostik und Therapie, aber auch eine bessere Prävention sowie Verbesserungen bei der medikamentösen Behandlung genannt [4].

Im Gegensatz zu ischämischen Herzerkrankungen gehen bei der Herzinsuffizienz die Krankenhauseinweisungen relativ steil aufwärts. Diese Zunahme der SBR wird von Kardiologen weniger als ein Resultat von Versorgungsdefiziten sondern vielmehr als ein Spiegel der starken Zunahme der Inzidenz der Herzinsuffizienz als Folge einer besseren Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen gedeutet. Natürlich spielt die demografische Alterung der Bevölkerung hier auch eine Rolle [4].

Stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Sachsen

Im Gegensatz zum Bundesdurchschnitt war in Sachsen 2015 die Herzinsuffizienz die häufigste Herzerkrankung, die zu einer stationären Behandlung führte (SBR: 677), gefolgt von ischämischen Herzerkrankungen (SBR: 622) und Herzrhythmusstörungen (SBR: 580). Die SR aufgrund ischämischer Herzerkrankungen (SR: 233) lag in Sachsen deutlich über der SR anderer Herzerkrankungen. Betrachtet man hingegen die Entwicklung dieser Krankheitsbilder in Sachsen in den letzten fünf Jahren, so verläuft sie annähernd parallel zum Bundestrend (siehe Tab. 2).

Stationäre Behandlungshäufigkeit von Herzerkrankungen in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

In Sachsen wurden im Jahr 2015 deutlich weniger Patienten wegen ischämischer Herzkrankheiten stationär behandelt als im Bundesdurchschnitt (rohe Differenz: -21,8 Prozent). Berücksichtigt man zudem die Altersstruktur Sachsens nimmt der Unterschied paradoxerweise sogar noch weiter zu (altersbereinigte Differenz: -31,6 Prozent). Ein möglicher Erklärungsanteil für diesen Sachverhalt dürfte in der hohen Rate der Über-80-Jährigen in Sachsen liegen. Denn ab diesem Alter nimmt die Inanspruchnahme stationärer Leis-

Tab. 2: Entwicklung der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Sachsen 2011 – 2014/15

Bezeichnung	Stationäre Behandlungsrate*					Sterberate†				
	2011 ¹	2012 ¹	2013 ²	2014	2015 ⁴	2011 ¹	2012 ²	2013 ³	2014 ⁴	2015
Ischämische Herzerkrankungen	688	677	642	k.D.	622	244	248	251	233	k.D.
Herzklappenerkrankungen	85	92	95	k.D.	108	17	19	20	21	k.D.
Herzrhythmusstörungen	540	573	578	k.D.	580	32	32	37	35	k.D.
Herzinsuffizienz	582	598	597	k.D.	677	58	58	52	48	k.D.
Angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.	k.D.

* stationäre Behandlungsrate: vollstationäre Fälle je 100.000 Einwohner

† Sterberate: Gestorbene je 100.000 Einwohner

k.D.: keine Daten

© Deutscher Herzbericht 2013¹, Deutscher Herzbericht 2014², Deutscher Herzbericht 2015³, Deutscher Herzbericht 2016⁴

Tab. 3: Stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Bezeichnung	Abweichung der stationären Behandlungsrate* in %				Abweichung der Sterberate† in %			
	2013 ¹		2015 ²		2013 ¹		2014 ²	
	roh	alters- bereinigt	roh	alters- bereinigt	roh	alters- bereinigt	roh	alters- bereinigt
Ischämische Herzerkrankungen	-20,1	-30,0	-21,8	-31,6	+57,2	+30,9	+56,0	+29,5
Herzklappenerkrankungen	-10,3	-23,6	-3,7	-18,6	+2,6	-15,2	+5,6	-13,2
Herzrhythmusstörungen	+6,7	-6,6	+4,0	-9,4	+12,5	-6,8	+10,1	-9,1
Herzinsuffizienz	+21,8	+1,9	+25,4	+3,9	-7,9	-24,4	-12,9	-28,6
Angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems	-15,4	-14,0	-9,2	-7,2	+62,6	+58,9	-0,1	-2,7
Gesamt	-1,7	-14,9	-1,0	-14,8	34,1	+11,2	+31,5	+8,8

* stationäre Behandlungsrate: vollstationäre Fälle je 100.000 Einwohner

† Sterberate: Gestorbene je 100.000 Einwohner

© Deutscher Herzbericht 2015¹, Deutscher Herzbericht 2016²

tungen wegen ischämischer Herzerkrankungen in der Regel wieder ab. Umgekehrt wurden in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt besonders viele Patienten mit Herzinsuffizienz stationär behandelt (rohe Differenz: +25,4 Prozent). Der Grund liegt in der Überalterung der sächsischen Bevölkerung und der Zunahme der Inanspruchnahme stationärer Leistungen wegen Herzinsuffizienz in den hohen Altersgruppen. Dies wird dadurch deutlich, dass sich nach Altersbereinigung die Differenz zum Bundesdurchschnitt wieder nahezu nivelliert (altersbereinigte Differenz: +3,9 Prozent).

Fasst man alle Herzerkrankungen zusammen und standardisiert die sächsische Bevölkerung am Alter der Bundesbevölkerung wurden im Jahr

2015 in Sachsen insgesamt weniger Menschen wegen Herzerkrankungen stationär behandelt, als im Bundesdurchschnitt (altersbereinigte Differenz: -14,8 Prozent). Ein nahezu identisches Ergebnis findet sich für das Jahr 2013 (altersbereinigte Differenz: -14,9 Prozent; Tab. 3.)

Sterblichkeit von Herzerkrankungen in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

In Sachsen verstarben im Jahr 2014 deutlich mehr Patienten an ischämischen Herzerkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (rohe Differenz: +56,0 Prozent). Auch nach Altersbereinigung ist der Effekt mit 29,5 Prozent noch sehr deutlich. Für das Vorjahr 2013 ergaben sich nahezu identische Ergebnisse für diese Erkrankungsgruppe (Tab. 3).

Betrachtet man jedoch alle Herzerkrankungen und standardisiert wieder die sächsische Bevölkerung am Alter der Bundesbevölkerung liegt die altersbereinigte kardiale Sterblichkeit in Sachsen mit +8,8 Prozent nicht wesentlich über dem Bundesdurchschnitt (Tab. 3).

Gegenüberstellung der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit von Herzerkrankungen in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Vergleicht man die prozentualen Abweichungen der altersbereinigten Raten der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit von Herzerkrankungen in Sachsen mit dem Bundesdurchschnitt auf der Basis der Herzberichte 2015 und 2016, imponiert vor allem die nied-

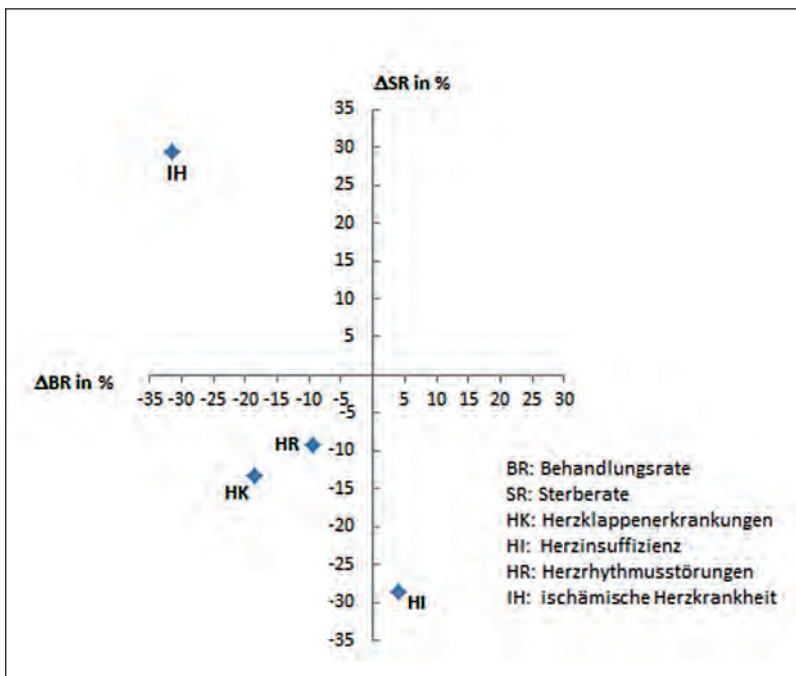


Abb.: Abweichungen der altersbereinigten Raten der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit wegen Herzerkrankungen in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (eigene Darstellung) © Datenquelle: Deutscher Herzbericht 2016

rige stationäre Behandlungshäufigkeit (altersbereinigte Differenzen: -30,0 Prozent bzw. -31,6 Prozent) im Vergleich zur hohen Sterblichkeit (altersbereinigte Differenzen: +30,9 Prozent bzw. +29,5 Prozent) ischämischer Herzerkrankungen in Sachsen (Tab. 3). Ein genau umgekehrtes Verhalten ist für die Herzinsuffizienz feststellbar. Hier liegt die Inanspruchnahme stationärer Leistungen leicht über, die Sterblichkeit jedoch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Während die Konstellation „niedrige stationäre Behandlungshäufigkeit/hohe Sterblichkeit“ vor allem auf Versorgungsdefizite hinweisen könnte, deutet die Konstellation „hohe stationäre Behandlungshäufigkeit/niedrige Sterblichkeit“ eher auf gute Versorgungsstrukturen hin [5].

Für die Gruppe der Herzklappenerkrankungen und Herzrhythmusstörungen fand sich kein gegensinniges Verhalten von stationärer Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit. Für beide Erkrankungsgruppen lag die stationäre Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit in Sachsen unter dem Bundesdurchschnitt. Die Abbildung illustriert die Verhältnisse noch einmal grafisch.

Kardiologische und herzchirurgische Versorgung von ischämischen Herzerkrankungen in Sachsen und im Bundesdurchschnitt

Aufgrund der auffälligen Konstellation einer niedrigen stationären Behandlungshäufigkeit im Vergleich zu einer hohen Sterblichkeit ischämischer Herzerkrankungen in Sachsen, beschränkt sich die Darstellung der Versorgungssituation auf diese Erkrankungsgruppe.

Obwohl in Sachsen der Bevölkerung 2015 weniger Linksherzkatheter (LHK)-Messplätze zur Verfügung standen als dem Bundesdurchschnitt (in Sachsen kamen auf einen LHK-Messplatz 102.121 EW, im Bundesdurchschnitt dagegen kamen auf einen LHK-Messplatz 87.051 EW), unterschied sich die Zahl der LHK-Untersuchungen in Sachsen im Jahr 2015 vom Bundesdurchschnitt nur minimal. Während in Sachsen 1.086 Untersuchungen je 100.000 EW durchgeführt wurden, waren es im Bundesdurchschnitt 1.110 Untersuchungen je 100.000 EW.

Perkutane Koronarinterventionen (PCI) wurden in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit etwa

gleicher Häufigkeit durchgeführt (457 per 100.000 EW vs. 444 per 100.000 EW), während Bypass-Operationen etwas seltener (565 Eingriffe per 1 Millionen EW vs. 632 Eingriffe per 1 Millionen EW) durchgeführt wurden. Die Vergleichsanalysen sind leider nicht altersbereinigt. Altersbereinigte Analysen könnten die Versorgungssituation in Sachsen adäquater beschreiben. Notwendig wäre aber eigentlich eine umfassendere Risikoadjustierung, die aufgrund der Quelldaten leider nicht möglich ist.

Zur spezifischen Situation in Sachsen

Erklärungsversuche

Die niedrige Inanspruchnahme stationärer Leistungen im Vergleich zur hohen Sterblichkeit in Sachsen wegen ischämischer Herzerkrankungen ist kein neuer Befund, sondern seit Jahren bekannt und nahezu prototypisch für Sachsen [2].

Viele Experten verweisen in diesem Zusammenhang auf den etwas niedrigeren Bildungsgrad ländlicher Bevölkerungen mit seinen bekannten Einflüssen auf kardiovaskuläre Risikofaktoren, die soziale Lage oder das Gesundheitsbewusstsein. Andere sehen eher einen Zusammenhang mit regionalen Versorgungsstruktur- und Qualitätsdefiziten.

In einem bundesweiten Gesundheits-survey (GEDA-Studie) konnten regionale Unterschiede in der Prävalenz und Sterblichkeit kardiovaskulärer Erkrankungen nur bedingt durch Variationen im Alter, Geschlecht, sozialen Status oder in der Gemeindegroße erklärt werden [5]. Artefakte sind angesichts der Größe der Effekte eher unwahrscheinlich, sind aber aufgrund einiger Schwachstellen der Datenquellen beziehungsweise eines regional unterschiedlichen Kodierungsverhaltens, insbesondere bei den Todesursachen, nicht ganz auszuschließen [6].

Eine in den Ländern Finnland, Norwegen und Schweden vorgenommene Untersuchung zeigte hingegen, dass gut gebildete und verheiratete Menschen ein geringeres

Risiko aufweisen, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben, als Menschen ohne diese Merkmalsausprägungen [7].

Auch der deutsche Epidemiologe Prof. Dr. med. Andreas Stang misst sozialen Faktoren, wie Arbeitslosigkeit und niedriger Bildungsabschluss, eine maßgebliche Bedeutung zur Erklärung von regionalen Differenzen in der kardiovaskulären Sterblichkeit bei. In Bundesländern mit problematischer Sozialstruktur seien, von Ausnahmen abgesehen, kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Adipositas, metabolisches Syndrom, Diabetes, Rauchen oder Hypertonie häufiger anzutreffen als in sozial starken Ländern [8].

Brucknerberger-Gutachten 2014 für die Sächsische Landesärztekammer [9]

Zur weiteren Klärung der Situation beauftragte bereits 2014 die Sächsische Landesärztekammer Dr. Brucknerberger im Rahmen eines internen Gutachtens mit der Durchführung kreisbezogener Analysen auf der Basis des Deutschen Herzberichtes 2014, wobei sich die Daten auf das Jahr 2012 beziehen (Gutachten kann bei den Autoren angefordert werden).

Die Analysen zeigten eine große Variationsbreite der Abweichung der SBR (altersbereinigte Spannweite: -1,7 Prozent bis -43,8 Prozent) und SR (altersbereinigte Spannweite: +3,9 Prozent bis +50,2 Prozent) ischämischer Herzerkrankungen vom Bundesdurchschnitt über alle Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte Sachsens hinweg. In neun der 13 Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte Sachsens unterschritt die SBR den Bundesdurchschnitt um mehr als 20 Prozent (altersbereinigte Spannweite: -20,3 Prozent bis -43,8 Prozent). Dieser Effekt war nicht nur in einigen ländlichen Regionen Sachsens (Bautzen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge) nachweisbar, sondern auch in den kreisfreien Städten.

Eine geringere Inanspruchnahme stationärer Gesundheitsleistungen auf dem Lande könnte natürlich mit schwer erreichbaren stationären Angeboten zusammenhängen. Aber

es ist auch zu diskutieren, inwieweit die Bevölkerung bezüglich der Symptome eines akuten Infarktes auf dem Land schlechter sensibilisiert ist als in der Stadt.

Eine geringere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in der Stadt dürfte vor allem auf eine gute ambulante fachärztliche Betreuung sowie im ambulanten Bereich bestehende integrierte Versorgungsmanagement-Programme zurückzuführen sein.

In zehn Landkreisen beziehungsweise kreisfreien Städten Sachsens überschritt die SR den Bundesdurchschnitt um mehr als 20 Prozent (altersbereinigte Spannweite: +23,9 Prozent bis +50,2 Prozent). In den Landkreisen Leipzig, Mittelsachsen, Erzgebirge und Görlitz fanden sich sogar Überschreitungen der SR um mehr als 40 Prozent (altersbereinigte Spannweite: +43,9 Prozent bis +50,2 Prozent), während in den kreisfreien Städten Dresden und Leipzig sowie im Landkreis Meißen die Überschreitung der Sterblichkeit am geringsten ausfiel. Die These, dass schlechte Versorgungsstrukturen zu einer geringeren stationären Behandlungshäufigkeit und höheren Sterblichkeit führen, konnte zumindest für den Landkreis Görlitz durch eine regionale Detaildatenerfassung ausgeschlossen werden. Hier sollte unbedingt mehr in die Aufklärung der Bevölkerung investiert werden.

Brucknerberger analysierte auch die Verteilung der LHK-Messplätze auf die Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens. In den Landkreisen Nord-sachsen und Mittelsachsen existierten 2012 keine LHK-Messplätze. An dieser Situation hat sich bis heute nichts geändert.

Fehlende Trendanalyse in den Ländern

Im Deutschen Herzbericht werden bundeslandspezifische Trendanalysen nicht aufgeführt. Will man die zeitliche Entwicklung der stationären Behandlungshäufigkeit, Sterblichkeit und Versorgung von Herzerkrankungen in einem Bundesland darstellen, muss man auf die alten Berichte zurückgreifen. Vergleicht man die Daten des Deutschen Herzberichts

2016 mit dem Herzbericht 2012 hat sich an der stationären Behandlungshäufigkeit und Sterblichkeit in Sachsen wegen ischämischer Herzerkrankungen nichts geändert (Abweichung der altersbereinigten SBR bzw. SR vom Bundesdurchschnitt 2012: -28,0 Prozent respektive +30,4 Prozent). Auf ältere Datenbestände konnten wir leider nicht zurückgreifen.

Eine Trendanalyse über einen längeren Zeitraum hinweg erscheint uns aber dringend indiziert, um sich ein klares Bild über den Zeitverlauf von stationärer Behandlungshäufigkeit, Sterblichkeit und Versorgung bei ischämischen Herzerkrankungen in Sachsen verschaffen zu können. Deshalb wäre es bedeutsam, wenn die Herzstiftung beziehungsweise Dr. Brucknerberger die Langfassungen aller existierenden Herzberichte online für weiterführende Analysen zur Verfügung stellen würden.

Gibt es „sächsische Risikofaktoren“ für Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

Sachsen ist durch wirtschaftlich starke Ballungszentren im Bereich der Städte Leipzig, Dresden und Chemnitz und durch einen wirtschaftlich differenziert entwickelten ländlichen Raum gekennzeichnet. Dadurch hat Sachsen eine bessere wirtschaftliche Position als die anderen ostdeutschen Flächenländer, was sich insbesondere in den Ballungsräumen positiv auf die soziale Lage und die medizinische Versorgung auswirkt. Von einer „typisch sächsischen Risikolage“ für Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann nicht ausgegangen werden. Eher ließe sich eine Risikospezifik für den Bereich der neuen Bundesländer insgesamt ausmachen. Die Wechselwirkung zwischen den in der DDR über Jahrzehnte gegebenen materiellen Lebensgrundlagen (zum Beispiel Einkommensverhältnisse, Entwicklungsstand der medizinischen Versorgung, Ernährungsangebote, usw.) und den sozialen Lebensverhältnissen mag nicht unwesentlich zu einer gewissen Spezifik der Risikofaktoren in den ostdeutschen Bundesländern

geführt haben. Möglicherweise wirken manche Risikofaktoren auch heute noch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands nach und sind deshalb immer noch bei der Gruppe der für Herz-Kreislauf-Erkrankungen besonders exponierten Über-60-Jährigen nachweisbar. Andererseits haben sich heute die ehemals großen Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Ost- und Westdeutschland, insbesondere bei Frauen, nahezu ausgeglichen [10].

Zum medizinischen Versorgungsgrad

Im Gegensatz zur hausärztlichen Versorgung, bei der es in einigen sächsischen Regionen (Freiberg, Marienberg, Großenhain, Bischofswerda, Niesky, Oschatz) Schwierigkeiten mit der hausärztlichen Bedarfsdeckung gibt, liegt bei der internistischen, insbesondere kardiologischen Versorgung, und der Versorgung durch invasiv kardiologische Leistungserbringer, insbesondere Krankenhäuser, keine Unterversorgung in Sachsen vor [11].

Bezogen auf die integrierte Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Invasivzentren gehört Sachsen, neben Baden-Württemberg, zu den Leuchttürmen auf dem Gebiet der selektivvertraglichen Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das größte sächsische Projekt ist das seit 15 Jahren bestehende Versorgungsmanagement-Programm „CARDIO-Integral“ der AOK Plus, in das aktuell 90.000 Patienten eingeschrieben sind, und an dem derzeit 1.271 Hausärzte, 95 Fachärzte und fünf invasivkardiologische Zentren teilnehmen. In diesem Projekt arbeiten die Leistungserbringer nach leitliniengerechten vertraglichen Vorgaben qualitätsgesichert koordiniert zusammen [12]. Neben diesem Projekt existieren in Sachsen unter anderem auch Verträge zur besonderen Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gem. § 140a SGB V der BARMER, der DAK und IKK.

Trotz einer bundesweit günstigen Entwicklung der Herzinfarktsterblichkeit zeigt insbesondere der länder-



Ausdauersportarten, wie zum Beispiel Wandern, stärken Herz und Kreislauf.

© Fotolia/Tilly

übergreifende Vergleich der Infarkt-Sterblichkeit weitere Verbesserungsbedarfe im Freistaat Sachsen. Diese hängen primär nicht mit strukturellen Versorgungsdefiziten zusammenhängen, denn weder die Dichte an Linksherzkatheter-Messplätzen noch die an Chest Pain Units korreliert mit der KHK- oder Infarktsterblichkeit [4]. Die These „Mehr Leistungserbringer bewirken mehr Qualität in der Versorgung“ ist jedenfalls im Segment der invasivkardiologischen Versorgung so generalisierend nicht richtig. Vergleiche haben belegt, dass Zentren mit hohen Fallzahlen und entsprechenden strukturellen und personellen Kapazitäten und Qualifikationen deutlich bessere Ergebnisse, sowohl mit Blick auf Komplikationen als auch auf Mortalität, nachweisen können. Dazu erforderlich ist eine qualitativ hochwertige Versorgung 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr. Dies sicherzustellen erfordert bei weitem nicht nur die Verfügbarkeit der zur Versorgung notwendigen Linksherzkatheter-Messplätze und weiterer Medizintechnik. Es fordert vor allem anderen zunächst die Verfügbarkeit entsprechend qualifizierter Fachkräfte, also in erster Linie erfahrene Invasivkardiologen, aber auch deren medizinisches und medizintechnisches Assistenzpersonal. Nicht von ungefähr sind deshalb die personellen Anforderungen der „Vereinbarung zur invasiven Kardiolo-

gie“ der KBV gemäß § 135 SGB V auch diesbezüglich an sehr hohe Voraussetzungen gebunden. Das Problem, das entsprechende Fachpersonal in ausreichender Anzahl auch in den peripheren Gebieten stabil vorhalten zu können und dazu auch noch an sieben Tagen in der Woche rund um die Uhr, lässt sich oft nicht lösen. Abstriche in der Qualität der Versorgung durch weniger qualifiziertes Personal oder ein Labor, das keine 24h-Bereitschaft garantieren kann, dürfen aber keinesfalls hingenommen werden.

Ungeachtet dessen kommt man aber auch nicht an der Erkenntnis vorbei, dass die Prozess- und Ergebnisqualität der Invasivzentren in Sachsen sehr unterschiedlich ist. Man kann nicht über Verbesserungsmaßnahmen entscheiden, ohne hier über einen transparenten risikoadjustierten Vergleich der Ergebnisse aller sächsischen Zentren zu verfügen, der bis heute leider nicht vorliegt.

Ursachenanalysen zur Aufklärung kardiovaskulärer Sterblichkeit

Zur Erklärung der Sterbeziffern an kardiovaskulären Erkrankungen fehlen derzeit aktuelle Erhebungen auf der Grundlage eines Ursachenkataloges. Dieser Katalog sollte einen umfassenden Datenpool zum Patienten abbilden, wie Lebensweise,



Die Optimierung der Rettungskette ist ein wesentliches Ziel.

© TK

Lebensstandard, soziale Situation, Bildung, individuelles Risikoprofil, Begleiterkrankungen und vieles mehr. Mit methodischen Einschränkungen wäre zu diesem Zweck ein Propensity-Score-Matching auf der Basis von GKV-Routinedaten vorstellbar. Auch demografische Daten, wie Bevölkerungsdichte und -zusammensetzung im Freistaat sowie Angaben zur individuellen Patientenreaktion bei Anzeichen für einen Herzinfarkt, die private Lebenssituation des Patienten (Single- oder Mehrpersonenhaushalt) sowie Schnelligkeit, Qualität und Organisation des Rettungsdienstes oder die Entfernung der NAW-Anfahrten zum Patienten wären mit zu berücksichtigen.

Information, Aufklärung und Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen

Mögliche Wege zur Reduktion kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität, einschließlich bundeslandspezifischer Unterschiede, wären die flächendeckende Bereitstellung niederschwelliger Präventionsangebote sowie die Verringerung regionaler Variationen in der medizinischen Versorgungssituation. Informationsveranstaltungen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden in Deutschland beispielsweise im Rahmen der ‚Herzwochen‘ der Deutschen Herzstiftung angeboten. Zusätzlich sollten perspektivisch auch

zunehmend Präventionsstrategien verfolgt werden, die an den Lebenswelten sozial benachteiligter Gruppen ansetzen, wie zum Beispiel die sächsische stadtteilbezogene Projektinitiative „Grünau bewegt sich“ [13].

Fazit und Empfehlungen

Sachsen ist auf dem Weg zur Eindämmung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein gutes Stück vorangekommen. Dennoch zeigt der länderübergreifende Vergleich der Sterblichkeit an ischämischen Herzerkrankungen weiteren Handlungsbedarf. Sachsen zeichnet sich durch eine gute fachärztlich internistisch-kardiologische Versorgungslage, insbesondere in den Ballungsräumen, und eine beispielgebende integrierte Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und stationären Zentren aus. Damit dürfte die erhöhte KHK-Sterblichkeit in Sachsen, mit Ausnahme einiger ländlichen Regionen mit hausärztlicher Unterversorgung, vorwiegend mit einer besonderen Risikokonstellation der ostdeutschen Bevölkerung für ischämische Herzerkrankungen, einer geringeren Sensibilisierung der ländlichen Bevölkerung bezüglich der Symptome eines akuten Herzinfarktes sowie mit der Prozess- und Ergebnisqualität invasiv-kardiologischer Zentren zusammenhängen. Letztendlich fehlen jedoch aussagekräftige Analy-

sen mit komplexer Risikoadjustierung unter Einbezug einer Vielzahl von potenziellen Einflussfaktoren, um die erhöhte kardiovaskuläre Sterblichkeit in Sachsen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt einigermaßen schlüssig zu erklären und die Bedeutung einzelner Faktoren herauszuarbeiten.

Ungeachtet fehlender aussagekräftiger Analysen zur Erklärung der erhöhten kardiovaskulären Sterblichkeit in Sachsen ist die Implementierung nachhaltiger Präventionsstrategien nach dem Mehrebenenmodell zur Beeinflussung kardiovaskulärer Risikofaktoren von großer Bedeutung [14]. Dazu bedarf es zum einen eines klinisch-präventiven Ansatzes mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung und Behandlung biomedizinischer Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen oder Depression (Sekundärprävention). Zum anderen sind entsprechende Rahmenbedingungen für die Bevölkerung zu schaffen, die gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, wie körperliche Aktivität oder gesunde Ernährung, begünstigen beziehungsweise erst ermöglichen (Primärprävention im Sinne von Verhältnis- und Verhaltensprävention). Dabei ist eine systematische und kontinuierliche Aufklärung und Sensibilisierung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen über die kardiovaskulären Risikofaktoren in den Lebenswelten Kitas, Schulen und Betrieben erforderlich [2].

Auf der Basis des Herzberichts 2016, der sachsen-spezifischen Versorgungslage von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, fehlender aussagekräftiger Ursachenanalysen zur kardiovaskulären Sterblichkeit sowie fehlender transparenter Qualitätsvergleiche zwischen den Invasivzentren werden folgende Empfehlungen ausgesprochen. Sie sollen zum einen dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die Angebote zur kardiovaskulären Prävention in Sachsen zu verbessern, zum anderen die Ursachen der erhöhten KHK-

Sterblichkeit in Sachsen weiter abzuklären:

1. Die integrierte Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollte einen Schwerpunkt bei der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung im Freistaat Sachsen bilden. Für Patienten bedeuten integrierte Versorgungsprogramme vor allem ein verbesserter Zugang zum Facharzt und invasiven Leistungserbringer. Weiterhin sollte an die bestehende Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Krankenkassen im Rahmen der Selektivversorgung und des strukturierten Behandlungsprogramms „KHK“ angeknüpft werden mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten/Praxiskliniken, Krankenhäusern, Rehabilitation und gegebenenfalls Pflegeeinrichtungen noch intensiver leitliniengerecht und unter Einbindung nachhaltiger Präventionsstrategien zu koordinieren. In diesem Kontext sind auch tragfähige Evaluationen über längere Zeiträume zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität integrierter Versorgungsprogramme zu fördern.
2. Für die Erbringung von spezialisierten invasiv-kardiologischen Leistungen durch Krankenhäuser und Praxiskliniken sollten auf der Grundlage der „Vereinbarung zur invasiven Kardiologie“ bessere Strukturvoraussetzungen angestrebt werden. Für Invasivzentren muss eine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ mit einer entsprechenden Anzahl von qualifizierten Fachärzten und einer nachgewiesenen Mindestausstattung gefordert werden. Die Bedarfsplanung sollte an objektiven Erfordernissen der Bedarfsdeckung ohne kategorisches „Abriegeln am Planungsstatus des Leistungserbringers“ festgemacht werden. Unverändert bleibt die Optimierung der Rettungskette ein

wesentliches Ziel bei der Behandlung des akuten Myokardinfarktes. Im Falle des ST-Hebungs-/ Nicht-ST-Hebungsinfarktes sollte die Versorgung der Patienten in Kliniken mit invasivkardiologischen Versorgungseinheiten erfolgen. Dadurch werden die für Patienten ungünstigen Sekundärverlegungen vermieden. Für Patienten mit unklaren Thoraxschmerzen sollte die rasche Vorstellung in entsprechend spezialisierten fachärztlichen und klinischen Versorgungsstrukturen erfolgen. Chest Pain Units stellen dabei von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e. V. zertifizierte Struktureinheiten dar [15]. Erfahrungsgemäß geht jedoch bei einem Herzinfarkt immer noch die meiste Zeit bis zum telefonischen Erstkontakt verloren. Wird die Rettungskette zu spät aktiviert, bringen Optimierungen der Rettungskette oder der Pforte-Ballon-Zeit nur marginale Verbesserungen mit sich [2]. An der Verkürzung der Prähospitalzeit im Rettungswagen und der Pforte-Ballon-Zeit wird seit Jahren gearbeitet. Wichtig sind auch hier vor allem Aufklärungsaktionen der Bevölkerung über die Symptomatik des Herzinfarktes.

3. Auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen über die Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sollte unverzüglich Transparenz über die Daten der Leistungserbringer hinsichtlich ihrer Prozess- und Ergebnisqualität auf dem Gebiet der invasiven Kardiologie und Herzchirurgie hergestellt werden. Vorgeschlagen wird ein risikoadjustierter Qualitätsvergleich der Leistungserbringer, im Sinne einer (fach-)öffentlichen Auswertung der Daten der externen Qualitätssicherung und der GKV-Routinedaten.
4. Es wird angeregt, von staatlicher Seite die Information und Aufklä-

- rung über Grundvoraussetzungen für eine gesunde Lebensführung zu verstärken. Im Rahmen der Umsetzung der sächsischen Landesrahmenvereinbarung des Präventionsgesetzes sollten die Kassen verstärkt settingbezogene Projekte in Kitas und Schulen fördern, die auf die Reduzierung kardiovaskulärer Risikofaktoren abzielen. Dabei wäre insbesondere auf aussagekräftige Evaluationen zu achten, die die Bewertung komplexer Interventionen mit ihren sich wechselseitig bedingenden Einzelkomponenten beinhalten sollten [16]. Erfahrungen aus der medizinischen Ernährungsberatung – insbesondere der Rehabilitationseinrichtungen – für Patienten mit schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen weisen weiterhin auf zum Teil erhebliche Defizite der Patienten mit erlittenem Herzinfarkt bezüglich Kenntnisse über eine gesunde Ernährung und Lebensführung hin. Last but not least sollten flächendeckend Programme angeboten werden, die die Bürger sowohl in der Wahrnehmung und Deutung einer akuten Herzsymptomatik als auch in der Hilfe-Inanspruchnahme schulen.
5. Zur Abklärung der erhöhten KHK-Sterblichkeit in Sachsen sollten aussagekräftige Ursachenanalysen mit komplexer Risikoadjustierung unter Einbezug einer Vielzahl von potentiellen Einflussfaktoren durchgeführt werden. Ein entsprechendes Projekt/Gutachten sollte von staatlicher Seite aus gefördert werden.

Literatur bei den Autoren

Korrespondierender Autor:
Dr. med. Thomas Brockow
Leiter des Referats „Medizinische und ethische Sachfragen“
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
E-Mail: t.brockow@slaek.de