

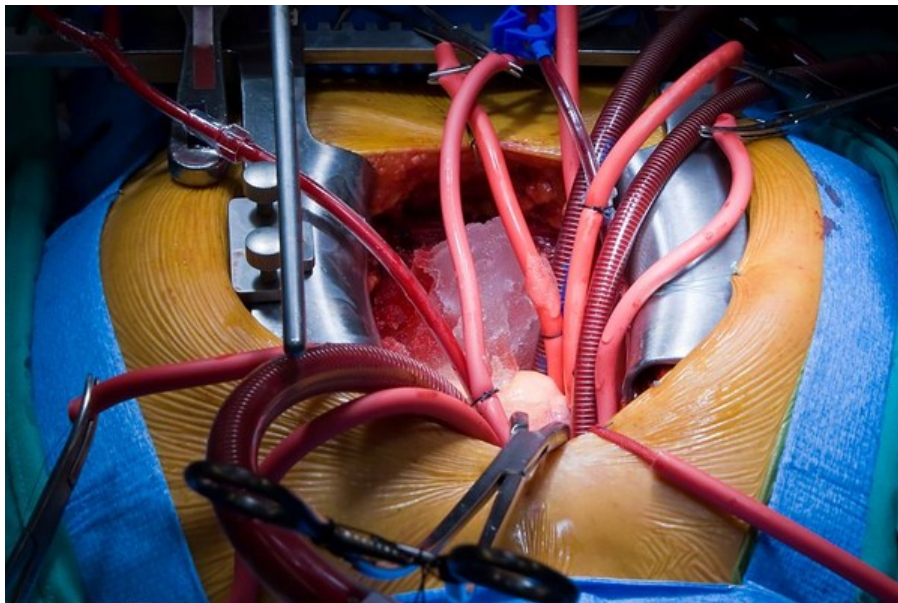
19.01.2018

HERZBERICHT 2017

## Innovationen für bessere Therapieoptionen gesucht

Die Talfahrt der vergangenen 25 Jahre bei der Sterblichkeit an kardiovaskulären Erkrankungen scheint vorläufig beendet zu sein. Vor dem Hintergrund der wachsenden Krankenlast in Deutschland warnen die Experten vor fehlendem Engagement in der Forschung und Weiterentwicklung von Therapieoptionen. Die Katheterinterventionen bei Herzinfarkt und Aortenklappenbehandlungen steigen spürbar.

*Von Matthias Lehmpful*



**Unter anderem muss für Bypass, neue Herzklappe oder Herztransplantation der Brustkorb von Patienten geöffnet werden.**

© Foto: iStock/miralex

„Die Herzerkrankungen sind weiterhin der Killer Nummer eins“, sagt Hugo A. Katus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) und Ärztlicher Direktor der Klinik für Kardiologie,

Angiologie und Pneumologie des Universitätsklinikums Heidelberg. „Und das über alle Altersgruppen hinweg.“ Am vergangenen Mittwoch stellte die Deutsche Herzstiftung gemeinsam mit den Fachgesellschaften den Deutschen Herzbericht 2017 in Berlin vor.



## Deutlich mehr Frauen sterben an Herzerkrankungen

Wie in den Vorjahren starben 2015 mehr Frauen als Männer an Herzkrankheiten: 117.518 Frauen gegenüber 103.993 Männern. „Mögliche geschlechtsspezifische Besonderheiten, etwa bei der Wirkung von Herzmedikamenten, anatomische Unterschiede an Herz und Gefäßen sowie unterschiedliche Symptomatik von Herzkrankheiten, müssen in der herzmedizinischen Versorgung berücksichtigt werden, um Versorgungsengpässe zu vermeiden“, sagt Thomas Meinertz, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung. Die Sterbeziffer bei Herzschwäche für Frauen lag 2015 um 64,4 Prozent über dem Wert der Männer, bei den Herzrhythmusstörungen lag der Wert 51,1 Prozent über dem der Männer. In absoluten Zahlen starben 29.795 Frauen gegenüber 17.619 Männern an Herzschwäche und 17.293 Frauen gegenüber 11.132 Männern starben an Rhythmusstörungen.

Demnach starben im Jahr 2015 insgesamt 128.230 Menschen an der Koronaren Herzkrankheit (KHK) (2014: 121.166), der Grunderkrankung des Herzinfarkts. An der Herzschwäche (Herzinsuffizienz) starben 47.414 Menschen (2014: 44.551). Auch bei den Klappenkrankheiten (2015 16.987, 2014: 16.064) und den Herzrhythmusstörungen (2015: 28.425, 2014: 25.774) starben mehr Menschen.

Damit steigen die Sterbeziffern bei allen Erkrankungen teilweise spürbar an – bis auf den Herzinfarkt. Eigentlich verzeichneten die Herzspezialisten in den vergangenen Jahren einen kontinuierlichen Rückgang an Verstorbenen in ihren Fachgebieten. Ob die Zunahme nun eine Trendwende bedeuten könnte, bleibt abzuwarten. „Wir sind in der

Diagnostik und Therapie von Herzerkrankungen an einem Punkt angekommen, wo man eine dramatische Senkung der Mortalität von Jahr zu Jahr kurzfristig gar nicht mehr erwarten kann“, sagt Thomas Meinertz, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung.

## Deutliche regionale Unterschiede in der Versorgung

Zudem gibt es noch immer erhebliche regionale Unterschiede im Bundesgebiet. Die Südstaaten schneiden hinsichtlich der Mortalität erheblich besser ab als die Nordstaaten und der Osten – mit zwei Ausnahmen: Berlin und Hamburg. Demnach liegt beispielsweise die Sterblichkeit in der Hauptstadt um 24,2 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt, während sie in Sachsen-Anhalt um 28 Prozent über dem Bundesdurchschnitt liegt – und das altersbereinigt.

Die Gründe dafür sind vielfältig und wurden auch schon in den Herzberichten zuvor diskutiert. Kardiologe Katus spricht von einer „auffälligen Häufung von Risikofaktoren“ – und er meint damit vor allem den sozialen und beruflichen Status sowie die Altersstruktur. Aber auch die unterschiedliche fachärztliche Versorgung scheint einer der Gründe zu sein, so Katus.

## Spürbarer Anstieg von Akutbehandlungen im Herzkatheterlabor

Die Zahlen verdeutlichen, dass die kardiovaskulären Herzerkrankungen Todesursache Nummer eins in der Bundesrepublik bleiben werden – trotz eines erheblichen Rückgangs um die Jahrtausendwende. Denn zwischen 1990 und 2015 ging die Mortalität insgesamt um sage und schreibe 46,2 Prozent zurück. So starben beispielsweise 1990 noch 85.625 Menschen an einem Herzinfarkt. 2015 waren es 49.210 Menschen (2014: 48.181).

„Die Erfolge bei der Behandlung des Herzinfarktes sind beeindruckend“, sagt Kardiologe Katus. Er führt das auf den Rückgang an Rauchern, die verbesserte Rettungskette, optimierte Abläufe in den Kliniken und eine bessere medikamentöse Behandlung zurück. Aber auch weil die Koronarintervention häufiger angewendet werden – sprich die Patienten im Herzkatheterlabor behandelt werden. 2016

wurden insgesamt 377.763 therapeutische Perkutane koronare Interventionen (PCI) durchgeführt – das sind 3,5 Prozent mehr als im Vorjahr. In 339.931 Fällen wurden Stents gesetzt (2015: 333.609). Gleichzeitig gibt es eine moderate Abnahme in der diagnostischen Herzkatheteruntersuchung. 2016 wurden 897.939 Linksherzkatheter-Untersuchungen durchgeführt – das sind 1,5 Prozent weniger als im Vorjahr. Auffällig: Die PCI-Patienten werden älter. Während die Eingriffe bei den 60-69-Jährigen um 4,5 Prozent 2016 zurückgingen, nahmen sie bei den über 80-Jährigen um 4,5 Prozent zu.



## Mehr über Herz und Medizintechnik

[50 Jahre Herztransplantation: Neuer Puls mit fremden Herzen](#)

[ORBITA-Studie: Großer Wirbel um kleine Studie](#)

[Leistungsstatistik der Herzchirurgie 2016: Bedarf an Herzunterstützungssystemen steigt](#)

[Deutscher Herzbericht 2016: Trend zu Katheterverfahren hält an](#)

Im vergangenen Jahr führte die ORBITA-Studie zu einer großen Debatte unter den Kardiologen. Laut Katus habe sie für „sehr viel Unruhe gesorgt“. Denn sie stellte den Nutzen der Herzkatheterbehandlungen infrage. Allerdings seien die Ergebnisse nicht belastbar. Zum einen weil die Studie nur über sechs Wochen lief und wenig Patienten einschloss. Zudem wurden die Studienteilnehmer im Vorfeld „aggressiv mit blutdrucksenkenden Medikamenten eingestellt“. Aber auch andere Studien wie COURAGE oder FAME stünden gegen die im vergangenen Jahr präsentierten Ergebnisse und zeigten die Vorteile der Stentimplantation gegenüber der medikamentösen Therapie. Beide Studien zeigen, dass die Herzkatheterintervention „deutlich überlegen ist“.

Demgegenüber wurde bei weit weniger Patienten der Brustkorb geöffnet. Im Jahr 2016 wurden bundesweit 50.114 isolierte und kombinierte Bypass-Operationen durchgeführt (2015: 51.941). „Für die Bypass-Operation gibt es prinzipiell kein Patienten-Höchstalter“, sagt Wolfgang Harringer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und

Gefäßchirurgie (DGTHG). „Abhängig vom Schweregrad und der Stenose-Lokalisation kann bei Patienten jeglichen Alters mit einer Bypass-Operation die Durchblutung des Herzmuskels wieder verbessert werden.“ Bei schwerer KHK mit komplexen Veränderungen der Herzkranzgefäße sei die Operation immer noch die Standardtherapieoption, sagt Harringer. Sie könne den Patienten langfristig, also über 15 bis 20 Jahre gerechnet, weiterhelfen. Und gerade die 50- bis 60-jährigen Patienten profitierten von den Beipässen.

## Zunahme an TAVI-Behandlungen fast im zweistelligen Prozentbereich

2016 wurden laut Herzbericht insgesamt 26.706 Aortenklappen implantiert. Davon waren 17.097 Eingriffe kathetergestützte Aortenklappenimplantationen (TAVI) – 9,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Damit bleibt Deutschland Weltmeister auf diesem Gebiet. Dem Bericht zufolge ist der Anteil der endovaskulär versorgten Patienten (15.050) gegenüber den transapikal versorgten Patienten (2.047) weiter angestiegen.

Die TAVI sei, so Kardiologe Katus, eine sichere und sehr gut wirksame Behandlungsoption für Patienten im fortgeschrittenen Alter, für die es zuvor gar keine Implantationsmöglichkeit „mit vertretbarem Risiko“ gab. Zunehmend wird diese Prozedur auch bei jüngeren Patienten durchgeführt. TAVI-Patienten sind dem Bericht zufolge im Schnitt 81 Jahre alt und haben ein größeres Risiko, Komplikationen zu erleiden – häufiger Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Vorhofflimmern, frühere Beatmung und Herzoperationen – als das Patientenkollektiv, das konventionell herzchirurgisch behandelt wird. Die Herzchirurgie-Patienten sind deutlich jünger, durchschnittlich 68 Jahre alt. Dennoch weisen die TAVI-Patienten eine geringere Mortalität auf. „Wir sind gemeinsam mit unseren Kollegen aus der Herzchirurgie auf dem Weg zu einer Katheter gesteuerten Therapie“, sagt Katus. Dennoch müsse auch die Haltbarkeit der einzusetzenden Klappen noch verbessert werden.

Die Anzahl der konventionellen Aortenklappen-Operationen fiel von 11.183 im Jahr 2015 auf 10.879 Eingriffe im Jahr 2016. Bei Notwendigkeit eines Aortenklappenersatzes wurden in 89 Prozent der Fälle biologische Prothesen implantiert, 11 Prozent mechanische Prothesen. Bei den isolierten

Mitralklappen-Operationen wurde mit 6.217 isolierten Mitralklappen-Operationen (2015: 6.027) auch im Jahr 2016 möglichst der kurative Ansatz fortgesetzt: Die patienteneigene Mitralklappe konnte bei etwa zwei Drittel aller Operationen rekonstruiert und in ihrer Funktion wiederhergestellt werden. In 37,1 Prozent war häufig aus patientenindividuellen Gründen der Einsatz einer biologischen oder mechanischen Mitralklappen-Prothese notwendig.

## Expertise bei der Behandlung von Herzrhythmusstörungen konzentrieren



### Mehr Behandlungen bei Herzrhythmusstörungen

Herzrhythmusstörungen gehören zu den verbreitetsten Herzerkrankungen mit zunehmender Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit. Herzrhythmusstörungen sind oftmals Folge von „Umbauprozessen am Herzen“ bereits chronisch kranker Herzpatienten, sagt Kardiologe Hugo A. Katus. 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. „Innerhalb der nächsten 50 Jahre wird bei Vorhofflimmern mit einer Verdoppelung der Erkrankungszahlen gerechnet“, sagt Katus. Zwischen den Jahren 2008 und 2016 ist die Zahl der vollstationär behandelten Fälle von Herzrhythmusstörungen um 20,7 Prozent angestiegen. Die Ursache dieser Entwicklung liegt unter anderem in der verbesserten Diagnostik und Therapie sowie in der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung.

„Wir haben durch die Ablationsbehandlungen enorme Fortschritte erzielt“, sagt Katus. Bei der Katheterablation werden die krankhaften elektrischen Erregungsherde am Herzmuskelgewebe verödet. Im Jahr 2016 wurden 81.956 (2015: 76.188) Ablationen vorgenommen – 7,6 Prozent mehr

als im Vorjahr. Auch die Implantation an Herzschrittmachern und Kardioverttern sei auf einem sehr hohen Qualitätsniveau, sagt Katus. Im Jahr 2016 wurden 107.750 Herzschrittmacher-Operationen durchgeführt. Davon waren 77.293 Neuimplantationen, 18.578 Aggegatwechsel und 11.879 Revisionen. Die durchschnittliche Batteriebensdauer liegt bei 9 Jahren. Insgesamt wurden 49.314 ICD-Operationen durchgeführt. Davon waren 28.953 Neuimplantationen, 11.160 Aggegatwechsel und 9.201 Revisionen. Hier liegt die durchschnittliche Batteriebensdauer bei 6 Jahren.

Allerdings müssten bei den Ablationen und der Implantation von Herzschrittmachern Mindestmengen eingeführt werden. „Wir sollten Expertise konzentrieren. Jemand, der weniger macht, hat auch weniger Erfahrung.“

## Energieversorgung und Oberflächen von LVADs verbessern



### Sehr hohe Krankenlast bei Herzinsuffizienz

Die Herzschwäche ist die „Endstrecke aller kardialen Erkrankungen“, sagt Kardiologe Hugo A. Katus. Sie ist nach Angaben des Bundesamtes für Statistik mit über 455.000 vollstationären Fällen pro Jahr der häufigste Anlass für einen Krankenhausaufenthalt in Deutschland. Und es kommen nach Angaben des Herzberichtes mittlerweile 11.000 Fälle pro Jahr hinzu. „Wir sprechen hier bald von einer Epidemie.“ Zwischen 1995 und 2015 haben sich die Einweisungszahlen sage und schreibe verdoppelt. „Die vermuteten Ursachen dieser Entwicklung sind vielfältig: zunehmendes Lebensalter, längeres Leben mit der kardialen Grunderkrankung und wirksamere Behandlungsmöglichkeiten“, sagt Katus. „Viele Patienten überleben heute andere Herzkrankheiten, leben deshalb länger und bekommen in einer späteren Lebensphase eine Herzinsuffizienz.“



Vor gut einer Woche erst veröffentlichte die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) die neuen Organspendezahlen. Demnach gab es 2017 nur 797 Spender im gesamten Bundesgebiet. 60 weniger als im Vorjahr. Das ist der niedrigste Stand seit 20 Jahren. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern steht Deutschland sehr schlecht da. „Vermutlich wird es dementsprechend eine weitere Abnahme an Herztransplantationen geben“, sagt Harringer. 2016 wurden 297 Herzen transplantiert. „Wir sind bereits auf einem extrem niedrigen Niveau. Und das reicht bei Weitem nicht aus, um den Bedarf zu decken.“ Und zukünftig werde es wahrscheinlich noch größeren Bedarf geben, weil die Zahlen an Herzinsuffizienzpatienten steigen und die Krankheit kontinuierlich fortschreitet. „Die Herztransplantation ist immer noch die Therapie der Wahl für die schwerstkranken Patienten“, sagt Harringer. Vor allem aufgrund der erreichbaren Lebensqualität und Überlebenswahrscheinlichkeit. Derzeit liegt die 3-Jahres-Überlebenschance nach einer Transplantation bei 70 Prozent.

Die Linksherzunterstützungssysteme – kurz LVAD – sind die Alternative zu den Herztransplantationen und eine „vernünftige Behandlungsoption“. Biventrikuläre Herzunterstützungssysteme (BVAD) und vollständige Kunstherzen (TAH) spielten heute keine Rolle mehr, so Harringer. Nimmt man den IQTIG-Qualitätsreport 2016 zur Rechengrundlage, so werden mittlerweile vier Mal so viele Herzunterstützungssysteme (2016: 1.145, ohne TAH/ 2016: 1.202 mit TAH) als menschliche Herzen (2016: 276) in Deutschland implantiert. Und die Herzchirurgen gehen davon aus, dass künftig noch mehr implantiert werden – vor allem LVADs. Allerdings steigen derzeit die Implantationszahlen von Jahr zu Jahr nur leicht an. Harringer führt das auf die vorhandenen Strukturen zurück. Es gebe nicht viele Kliniken, die derartige Eingriffe auch durchführen können.

Die Herzchirurgen sehen den Verbesserungsbedarf vor allem in der Energieversorgung. Denn es müssen Kabel mit implantiert werden – und das biete ein permanent hohes Risiko für Infektionen. „Wenn es eine kabellose Stromzufuhr, etwa über eine Batterie gäbe, wären 50 Prozent der Komplikationen gelöst.“ Zudem müssten die Oberflächen der Implantate „deutlich“ verbessert werden. Denn diese verursachten Blutgerinnung. Patienten müssten deswegen Blutverdünner nehmen. Beides zusammen führe zu Schlaganfällen. Lösten die



Entwickler auch dieses Problem, dann könnten Herzunterstützungssysteme ähnliche Implantationszahlen wie Herzschrittmacher (2016: 77.293 Neuimplantationen) erreichen. Auch gebe es den Bedarf, die Größe der Systeme zu verringern, um auch bei kleinen Patienten Therapieoptionen anbieten zu können. Allerdings handelt es sich hier um eine sehr kleine Patientengruppe.

## Deutsche Herzstiftung fordert mehr staatliche Forschungsförderung

Vor dem Hintergrund der wachsenden Krankenlast warnten die Experten vor fehlendem Engagement in der Forschung und Weiterentwicklung von Therapieoptionen. „Wir können keinesfalls die Herzerkrankungen so gut kontrollieren, wie wir es uns wünschen“, sagt der Heidelberger Kardiologe Hugo A. Katus. „Wir haben keine Zeit, uns auszuruhen in Wissenschaft und klinischer Anstrengung.“ Noch deutlicher wurde der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Herzstiftung Meinertz. Er kritisierte, es würden zu wenig öffentliche Gelder in die Forschungsförderung gesteckt. Deutschland sei eines der reichsten Länder der Welt, so Meinertz, dennoch finanzierten vor allem Pharma- und Medizintechnikunternehmen die Entwicklung von innovativen Technologien zur Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen. „Es erschreckt mich, wie wenig öffentliche Gelder in die klinische Forschung fließen.“ Wünschenswert sei ihm zufolge ein Nationales Gesundheitsinstitut, in dem unter anderem klinische Studien industrieunabhängig angefertigt werden könnten – vergleichbar dem National Institute of Health in den USA.

Mehr dazu im Internet:

[➔ Herzbericht 2017](#)

© Medizintechnologie.de