

Gesundheitsatlas

KHK in Deutschland

Bei der Häufigkeit der koronaren Herzkrankheit (KHK) gibt es sehr große Unterschiede zwischen den Regionen Deutschlands. Insgesamt sind durchschnittlich 8,3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung ab 30 Jahren betroffen. Dieser Beitrag berichtet die wichtigsten Hintergründe und Details.

Die koronare Herzkrankheit ist eine chronisch verlaufende Erkrankung, bei der atherosklerotische Ablagerungen zu einer Verengung in den Herzkranzgefäßen („Koronargefäßen“) mit der Folge eines verringerten Blutflusses führen. Daraus resultiert ein zunehmendes Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel. Der durch die Verengung der Gefäße entstehende Sauerstoffmangel im Herzmuskel zeigt sich klinisch in

einem chronischen oder akuten Koronarsyndrom.

Die Krankheit kann das Herz langfristig schädigen, sodass eine Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Herzrhythmusstörungen oder ein plötzlicher Herztod die Folge sein können. Die Sterblichkeit bei koronarer Herzkrankheit ist erhöht. Zudem ist die körperliche Belastbarkeit eingeschränkt und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten vermindert. Patienten mit einer KHK benötigen eine kontinuierlich medizinische Ver-

sorgung, die nach Möglichkeit in einem DMP stattfindet sollte (siehe Kasten).

Risikofaktoren und Primärprävention

Neben einer genetischen Veranlagung, einem höheren Alter und dem männlichen Geschlecht gibt es verschiedene weitere Risikofaktoren, die die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit begünstigen. Dazu zählen Rauchen, Bluthochdruck (Hypertonie), Blutzuckerkrankheit (Diabetes mellitus), starkes Übergewicht (Adipositas), Fettstoffwechselstörungen (Dyslipidämien) und Lebensstilfaktoren (Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung). Die Prävention des Tabakrauchens kann daher zur Vermeidung zukünftiger KHK-Erkrankungen beitragen. Außerdem kann mit einer gesunden Ernährung und ausreichender körperlicher Aktivität das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen deutlich gesenkt werden.

Der „Gesundheitsatlas KHK“, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) im September 2022 veröffentlichte, hat den Einfluss der verschiedenen Risikofaktoren auf das Entstehen der KHK untersucht. Eingebettet ist diese Auswertung in eine große regionale Studie, die Daten aus ganz Deutschland ausgewertet hat. Dazu wurde ein statistisches Verfahren verwendet, das das WiDO in Zusammenarbeit mit der Universität Trier entwickelt hat. Es erlaubt auf Basis der Abrechnungsdaten zuverlässige Aussagen zu Krankheitshäufigkeiten bis auf die regionale Ebene.

Die Auswertungen des Gesundheitsatlas beziehen sich auf Erwachsene ab 30 Jahren, denn die KHK tritt typischerweise erst ab dem mittleren Lebensalter auf. Laut der Analyse des Gesundheitsatlas liegt die Krankheitshäufigkeit bis zu einem Alter von 49 Jahren unter 2 Prozent. Sie steigt dann mit dem Alter stark an und erreicht ihren Gipfel in den Altersgruppen ab 85 Jahren. In dieser Gruppe sind 41 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen von KHK betroffen. Zu diesem deutlichen Geschlechterunterschied tragen neben biologischen Faktoren auch Risikofaktoren wie das unterschiedliche Rauchverhalten bei.

Große regionale Unterschiede

Im Vergleich der Bundesländer zeigen sich in Hamburg (6,3 Prozent) sowie in Bremen und Baden-Württemberg (jeweils 7,1 Prozent) die geringsten Krankheitshäufigkeiten. Die anteilig meisten Patientinnen und Patienten gibt es in Thüringen (10,8 Prozent) und Sachsen-Anhalt (13,0).

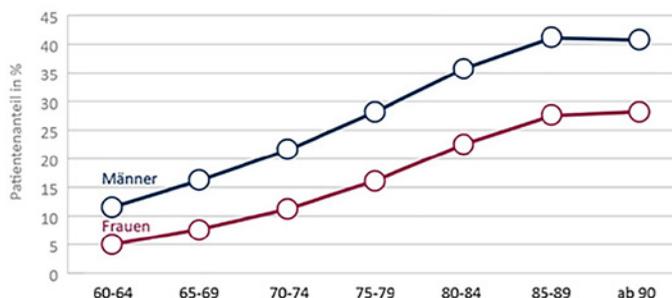
In dünn besiedelten, ländlichen Regionen kommt die KHK mit 9,6 Prozent überdurchschnittlich häufig vor, in Großstädten ab 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern liegt der Wert dagegen nur bei 7,0 Prozent. Dazu muss man wissen, dass die Bevölkerung in den ländlichen Regionen im Schnitt älter ist und damit ein höheres Erkrankungsrisiko hat. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur bleiben die Unterschiede bestehen, die Spanne fällt jedoch geringer aus (9,1 Prozent in ländlichen Regionen versus 7,9 Prozent in den Großstädten).

Risikofaktoren im Detail

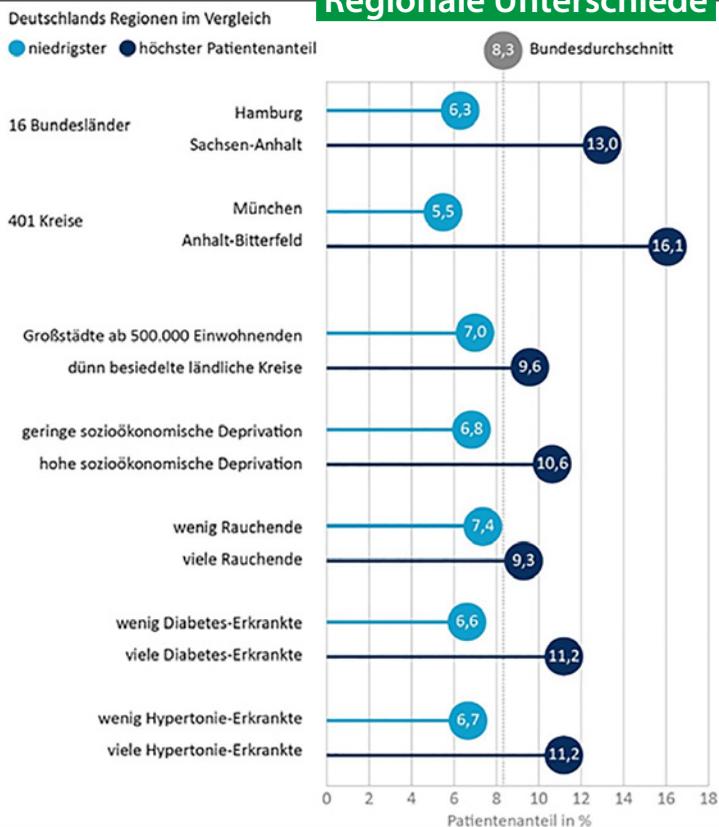
Die Analyse bestätigt den aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten Zusammenhang mit dem Rauchen: In Regionen mit besonders vielen Raucherinnen und Rauchern liegt der Anteil der KHK-Patientinnen und -Patienten bei 9,3 Prozent, in Regionen mit wenigen Rauchenden dagegen bei nur 7,4 Prozent. Auch der Zusammenhang zwischen KHK und Bluthochdruck sowie KHK und Typ-2-Diabetes spiegelt sich in den regionalen Auswertungen wider. So lag der KHK-Patientenanteil in Regionen mit wenigen Bluthochdruck-Betroffenen bei 6,7 Prozent, in Regionen mit besonders vielen Hypertonie-Patientinnen und -patienten dagegen bei 11,2 Prozent. Bei Diabetes mellitus Typ 2 ist der Zusammenhang ähnlich ausgeprägt: Hier reicht die Spanne von 6,6 Prozent bis zu 11,2 Prozent.

Der Gesundheitsatlas zeigt zudem, dass materiell und sozial benachteiligte Menschen häufiger an einer KHK erkranken als Menschen mit einem hohen sozialen Status. So liegt der KHK-Patientenanteil in ökonomisch und sozial besonders benachteiligten Regionen laut Gesund-

Häufigkeit der KHK nach Altersgruppen



Regionale Unterschiede



heitsatlas bei 10,6 Prozent. In den Regionen mit der besten materiellen und sozialen Ausgangssituation sind unter den Einwohnerinnen und Einwohnern nur 6,8 Prozent KHK-Betroffene zu finden. Vermutlich spielen hier also auch psychosoziale Faktoren und Umgebungsfaktoren wie Arbeits- und Lebensbedingungen eine Rolle.



Der Gesundheitsatlas steht auf der Website des WidO zum kostenlosen Download zur Verfügung.

www.gesundheitsatlas-deutschland.de

Das DMP KHK

Patientinnen und Patienten mit einer chronischen KHK können ins DMP eingeschrieben werden. Unter folgenden Bedingungen gilt die Diagnose als hinreichend gesichert:

- bei Vorliegen einer typischen Konstellation aus Symptomatik, Anamnese, körperlicher Untersuchung, Begleiterkrankungen
- durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie
- bei einem akuten Koronarsyndrom in der Vorgeschichte