



DGK.



Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt: Was gegen die Todesursache Nummer 1 zu tun ist

Deutscher Herzbericht: Trotz weniger Todesfälle durch Koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt: Handlungsdruck aufgrund hoher Krankheitslast bleibt. Führende Vertreter der deutschen Herzmedizin drängen auf verstärkte Maßnahmen, um zentralen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Cholesterin, Diabetes und Adipositas vorzubeugen und gleichzeitig die Therapie zu verbessern.

(Frankfurt a. M./Berlin, 11. September 2025) Atemnot, Brustenge oder Brustschmerzen unter körperlicher Anstrengung: Wenn sich die koronare Herzkrankheit (KHK) so mit ihren typischen Symptomen bemerkbar macht, ist meist schon über viele Jahre unbemerkt eine Schädigung der Herzkranzgefäße abgelaufen. Rund 4,7 Millionen Betroffene in Deutschland haben die Diagnose KHK, die damit eine Volkskrankheit ist. Oft bedeutet die Erkrankung einen harten Einschnitt in das Leben der Patienten und Patientinnen – insbesondere, wenn die nicht heilbare KHK ein akutes Koronarsyndrom (ACS) verursacht. Ein ACS ist die Konsequenz aus einem plötzlichen Verschluss einer Koronararterie, etwa ein Herzinfarkt oder seine Vorstufe, die instabile Angina pectoris (anhaltende oder sich verschlechternde Brustenge). KHK und Herzinfarkt sind mit 538.675 Krankenhausaufnahmen im Jahr 2023 (2022: 538.277) der häufigste Anlass für eine Krankenhausbehandlung in Deutschland (darunter Herzinfarkt: 185.804). Zugleich ist die zugrundeliegende KHK die häufigste Todesursache und außerdem Hauptursache für Herzinsuffizienz (Herzschwäche) und für den plötzlichen Herztod. Allein an einem plötzlichen Herztod sterben jedes Jahr über 65.000 Menschen in Deutschland.

Das Positive: Seit 2019 ist die Zahl der jährlichen Krankenhausaufnahmen wegen KHK deutlich gesunken – von 699 auf 574 pro 100.000 Einwohner (EW) im Jahr 2023. Die Sterberate hingegen stieg zunächst leicht an: von 132 Todesfällen pro 100.000 EW im Jahr 2019 auf 133,3 im Jahr 2022. Erst 2023 ging sie wieder zurück – auf 125,3 Todesfälle pro 100.000 EW. Das ist der niedrigste Wert seit dem Jahr 2000. Ähnlich verhält sich diese Entwicklung beim Herzinfarkt. Bei Betrachtung der KHK-Sterberate über einen längeren Zeitraum von 2000 bis 2023 fällt auf, dass diese zwar tendenziell rückläufig ist, allerdings stagniert der Rückgang auf niedrigerem Niveau (2000: 268,8; 2011: 169,6; 2023: 133,3 Gestorbene pro 100.000 EW) (1).

„Die Zahl der Gestorbenen und der Klinikeinweisungen infolge von KHK und Herzinfarkt ist seit 2000 zwar drastisch gesunken. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Zahlen absolut betrachtet viel zu hoch sind. Ein Blick ins umliegende Ausland zeigt, dass wir uns in Deutschland noch deutlich verbessern können und müssen (2). Eine Entwarnung kann daher nicht gegeben werden. Wir müssen vielmehr gemeinsam anstreben, die Krankheitslast dieser bedrohlichen chronischen Herzkrankheit zu verringern“, betont Prof. Dr. Heribert Schunkert, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung, bei der Vorstellung des aktuellen Deutschen Herzberichts – Update 2025 in Berlin. Die Vorstellung erfolgt gemeinsam mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK), für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauff Erkrankungen (DGPR) sowie für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK). Zum neuen Herzbericht unter www.herzstiftung.de/herzbericht

„Die bisherigen Erfolge beim Senken der KHK- und Herzinfarkt-Todesrate in den vergangenen Jahren gehen auf mehrere Faktoren zurück: auf Verbesserungen in der Früherkennung durch Diagnose-Verfahren wie Herz-Ultraschall, Koronar-CT und -Angiographie und zudem auf Verbesserungen in der kathetergestützten und chirurgischen Akuttherapie des Herzinfarkts. Und auch die Zeit bis zur Krankenseinweisung ist kürzer geworden“, erklärt der Münchener Kardiologe Prof. Schunkert. „Weitere Gründe sind eine verbesserte Prävention von Risikofaktoren in der Bevölkerung, allen voran des Rauchens, sowie die medikamentöse Behandlung der KHK-Risikokrankheiten Bluthochdruck, hohes LDL-Cholesterin und Diabetes mellitus.“

KHK-Krankheitslast: rückläufig, doch Handlungsdruck bleibt

Der Herzstiftungs-Vize-Vorsitzende Prof. Schunkert sieht auch die politisch Verantwortlichen im Gesundheitswesen in der Pflicht, der KHK und ihren Folgen noch besser vorzubeugen. „Zum Beispiel könnte ein standardisiertes Vorsorgeprogramm in Gestalt eines Herz-Kreislauf-Gesundheitschecks dazu beitragen, Risikokrankheiten frühzeitig zu erkennen und eine Therapie



zu beginnen. Insbesondere bei der Behandlung des schädlichen LDL-Cholesterins müssen wir in Deutschland deutlich besser werden“, so Schunkert. Staatliche Hebel wie eine Erhöhung der Tabaksteuer zur Eindämmung der Raucherzahlen seien ebenfalls überfällig.

Von koronarer Herzkrankheit spricht man, wenn es in den Herzkranzgefäßen (Koronararterien) zu Ablagerungen aus Kalk, entzündlichen Zellen, Bindegewebe und Cholesterin, den sogenannten Plaques, kommt und diese Gefäße zunehmend verengen (Atherosklerose: „Gefäßverkalkung“). Die KHK ist Grunderkrankung und Vorstufe des Herzinfarkts und entsteht neben genetischen Faktoren vor allem durch die genannten Risikofaktoren Rauchen, Fettstoffwechselstörungen (hohes LDL-Cholesterin), Diabetes mellitus, Bluthochdruck sowie Adipositas (Fettleibigkeit), Übergewicht, Bewegungsmangel und Stress.

Warum Vorbeugung so wichtig ist

Die KHK steht mit anderen Herzkrankheiten in Verbindung. Sie ist häufigste Ursache der Herzinsuffizienz und Begleiterkrankung von Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern), Herzklappenkrankheiten und angeborenen Herzfehlern im höheren Erwachsenenalter. Bei diesen Herzkrankheiten dokumentiert der Herzbericht folgende Sterblichkeitszahlen für das Jahr 2023:

- Herzinsuffizienz: 37.645 Gestorbene (2022: 37.570)
- Herzklappenerkrankungen: 22.899 Gestorbene (2022: 20.087)
- Herzrhythmusstörungen: 30.128 Gestorbene (2022: 30.618)
- Angeborene Herzfehler: 685 Gestorbene (2022: 685)

Zum Vergleich:

- Koronare Herzkrankheit: 119.795 Gestorbene (2022: 125.984)
davon akuter Herzinfarkt: 43.839 Gestorbene (2022: 46.608)

„Die hohe Krankheitslast durch diese Herzkrankheiten insgesamt mit mehr als 1,6 Millionen Hospitalisierungen und über 211.000 Todesfällen im Jahr 2023 führt uns vor Augen, dass wir noch effizienter medizinische Innovationen in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation fördern müssen, um KHK-Patienten umfangreich und gezielt zu versorgen“, betont der stellvertretende Herzstiftungs-Vorsitzende Schunkert. „Herzpatienten können hierbei von den gemeinsamen Anstrengungen aller beteiligten Fachgebiete profitieren: der Kardiologie, Herzchirurgie, Kinderkardiologie sowie der kardiologischen Prävention und Rehabilitation.“

Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen

Für eine optimierte Versorgung rücken auch zunehmend gendersensible Aspekte in den Fokus. Im Unterschied zu allen anderen Herzkrankheiten fällt auf, dass Männer die große Mehrheit der Krankenhaus- und Sterbefälle stellen: KHK bei Männern führte 2023 zu 837,4 Krankenhaufällen pro 100.000 EW, bei Frauen „nur“ zu 310,5 Klinikeinweisungen. 169 Männer starben an KHK gegenüber 82 Frauen pro 100.000 EW.

Herzinfarkt-Sterblichkeit im Ländervergleich

Auch gibt es in Deutschland regionale Unterschiede in der Herzinfarkt-Sterblichkeit. Die höchste Herzinfarkt-Sterberate findet sich 2023 in Berlin mit 71,2 Gestorbenen pro 100.000 EW. Danach folgen Mecklenburg-Vorpommern mit 66,9, Brandenburg mit 59,4 und Schleswig-Holstein mit 57,9 Gestorbenen pro 100.000 Einwohner.

„Erfreulicherweise kam es im Jahr 2023 in einigen Bundesländern zu einer signifikanten Senkung der Herzinfarkt-Sterblichkeit innerhalb eines Jahres“, unterstreicht der Kardiologe Prof. Dr. Holger Thiele, Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK). Ihre Herzinfarkt-Sterberate deutlich gesenkt haben unter anderem Sachsen-Anhalt (2022: 65,2/2023: 56,5), Sachsen (56,3/51,3), Saarland (51,2/45,5) und Bayern (48,6/44,3). „In Sachsen-Anhalt dürfte die 2018 eingeführte alljährliche ‚Herzwoche‘ mit landesweiten Anstrengungen von Behörden, Ärztenetzwerken, Krankenkassen und Aktionsbündnissen in der Bevölkerungsaufklärung zu Vorsorge, Ursachen und Symptomen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie richtigem Notfallverhalten bedeutsam zur Infarktprävention beigetragen haben“, erklärt der stellvertretende Herzstiftungs-Vorsitzende Prof. Schunkert. Die niedrigsten Herzinfarkt-Sterbeziffern für 2023 weisen Hamburg mit 30,6 Gestorbenen pro 100.000 EW, Nordrhein-Westfalen mit 31,8, Niedersachsen mit 43,6 und Bayern mit 44,3 Gestorbenen pro 100.000 EW auf.

Als eine Erklärung für die Bundeslandesunterschiede werden im Herzbericht auch „Unterschiede in sozioökonomischen Faktoren und in der Bevölkerungsstruktur“ (zum Beispiel Häufung von



Risikofaktoren oder Altersstruktur eines Bundeslandes) angeführt. Die Herzstiftung und die Kardiologie setzen für die Prävention in der Bevölkerung auch auf die Nutzung digitaler Helfer. „Eine effiziente Hilfe, sich niederschwellig und konsequent um die Herzgesundheit zu kümmern und so einem Herzinfarkt vorzubeugen, ist beispielsweise die HerzFit-App der Herzstiftung“, so Prof. Schunkert. Infos zur App unter www.herzstiftung.de/herzfit-app

KHK-Therapie: Wie profitieren Hochbetagte von Kathetertechnik und Bypass-Op?

Herzkrankheiten wie die KHK und deren Folgeerkrankung Herzinsuffizienz sind auch Erkrankungen des zunehmenden Alters. Der Anteil der über 65-Jährigen in Deutschland mit 18,88 Millionen Menschen im Jahr 2023 wird bis zum Jahr 2030 vermutlich auf zirka 20,21 Millionen wachsen (23,27 Prozent): Damit wird fast jeder Vierte über 65 Jahre alt sein. Die therapeutischen Möglichkeiten werden durch das Alter jedoch nicht gravierend eingeschränkt. Dank moderner interventioneller Verfahren können sogar Hochbetagte mit KHK und Herzinfarkt erfolgreich behandelt werden. Beispiel Perkutane Intervention (PCI): In der Akutversorgung des Herzinfarkts kann die Durchblutung des betroffenen Herzmuskelareals damit verbessert oder wiederhergestellt werden. Ausgeprägte Gefäßeinengungen werden mittels eines Ballons wieder geöffnet und durch einen Stent (Metallgeflecht) dauerhaft offengehalten. „Die meisten Verengungen der Herzkranzgefäße lassen sich heute dank der Kathetertechnik sicher auch im hohen Alter behandeln. Das erklärt zum Teil auch die weiterhin hohe jährliche KHK-Hospitalisationsrate“, betont der DGK-Präsident Prof. Dr. Stefan Blankenberg. 2023 kam es bei den 75- bis unter 85-Jährigen wegen KHK zu 2.344 Krankenhausaufnahmen pro 100.000 EW und bei den über 85-Jährigen noch zu 1.833 pro 100.000 EW. Der Großteil der PCI-Eingriffe erfolgte in den Altersgruppen der 60- bis 79-jährigen KHK-Patienten mit rund 152.000 PCI und der über 80-Jährigen mit weiteren rund 66.500 PCI. Bei älteren Patienten steigt nicht nur das Risiko, einen Herzinfarkt aufgrund der KHK zu erleiden, sondern auch die Gefahr, daran zu sterben. „Dank der sehr schnellen PCI-Eingriffe erreichen die Patienten daher trotz ihrer Herzkrankheit ein zunehmend höheres Lebensalter – ein möglicher Grund dafür, dass diese später nicht ‚an‘, sondern ‚mit‘ KHK, etwa an Herzschwäche als Hauptdiagnose, sterben“, erklärt der Hamburger Kardiologe und DGK-Präsident.

Koronare Bypass-OP – Therapie der ersten Wahl zur Prävention von Herzinfarkten bei fortgeschrittener KHK

Über die bestmögliche Behandlungsstrategie für den individuellen KHK-Patienten entscheidet ein interdisziplinäres Herz-Team, bestehend aus Kardiologen, Herzchirurgen und Anästhesisten. Denn in bestimmten Fällen reicht die interventionelle Therapie mittels Kathetertechnik nicht aus, um eine koronare Herzkrankheit adäquat zu behandeln. Das liegt daran, dass die meisten Herzinfarkte nicht an den hochgradigen Engstellen entstehen, die die Beschwerden auslösen. Hier bietet die sogenannte aorto-koronare Bypassoperation (ACB) durch die Anlage einer „Umgehung“ praktisch aller Läsionen der KHK einen Schutz vor zukünftigen Herzinfarkten.

Die Bypass-Operation kann entweder mit oder ohne Herz-Lungen-Maschine (HLM) durchgeführt werden und ist mit bundesweit 36.872 Operationen (DGTHG-Daten) weiterhin die am häufigsten durchgeführte Herz-OP von insgesamt 72.131 (2022: 89.523) herzchirurgischen Eingriffen. Allerdings ist die Zahl der Bypassoperationen im Zeitraum von 2011 bis 2023 deutlich zurückgegangen. Zum Vergleich: Im Jahr 2011 wurden noch 41.976 Bypass-OPs durchgeführt.

Bypass als Schutz vor Herzinfarkten

„Aufgrund der hervorragenden Langzeitergebnisse ist die Bypass-OP vor allem für Patienten mit komplexer koronarer Mehrgefäßerkrankung, mit Verengung des Hauptstamms der linken Herzkranzarterie und bei Diabetespatienten mit Mehrgefäßverengungen (Stenosen) weiterhin die Therapie der ersten Wahl“, betont Prof. Dr. Torsten Doenst, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG). Das spiegeln auch die Leitlinien wider. Bei diesen Patienten reicht eine Aufdehnung hochgradig verengter oder verschlossener Herzgefäße durch einen Ballon oder Stent nicht aus. Prof. Doenst: „Ein Stent wird in der Regel nur in eine bereits hochgradig verengte Stelle implantiert – diese ist jedoch lediglich für einen kleinen Teil der zukünftigen Herzinfarkte verantwortlich.“ Der Bypass wirke hingegen wie eine Umgehungsstraße, die verengte oder verschlossene Stellen in einem Herzkranzgefäß überbrückt und so den Blutfluss wiederherstellt. „Wenn an anderer Stelle im Gefäßsystem später erneut eine Engstelle oder ein Gefäßverschluss entsteht, kann diese Umgehungsstraße weiterhin den Blutfluss sichern und so



einen Herzinfarkt verhindern“, erklärt Doenst. Dieser Effekt sei vergleichbar mit einer Impfung: Das Auftreten einer Erkrankung, in diesem Fall eines Herzinfarkts, werde von vornherein verhindert. Im Jahr 2023 profitierte vor allem eine Vielzahl älterer Menschen über 70 Jahre von der Bypass-Operation – insgesamt 39,6 Prozent (Vorjahr 40,7 Prozent). Prof. Doenst: „Für diese Patientengruppe ist die Bypass-OP die einzige Therapie, bei der eindeutige lebensverlängernde Effekte nachgewiesen wurden, sofern kein akutes Ereignis vorliegt.“ Der Grund dafür sei die bereits genannte schützende Wirkung der Bypass-Operation vor etwaigen künftigen Herzinfarkten.

Angesichts dieses langfristigen und präventiven Effekts der Bypass-Operation – insbesondere bei älteren Menschen – zeigt sich DGTHG-Präsident Torsten Doenst besorgt über den deutlichen Rückgang dieser Eingriffe. „Der Herzbericht macht deutlich, dass die Zahl älterer Menschen mit koronarer Herzkrankheit in den kommenden Jahren weiter steigt. Umso alarmierender ist es, dass gerade die Bypass-Operation, die als einzige Therapieform nachweislich die Lebenszeit dieser Patientengruppe verlängert, weniger Beachtung findet.“

Ein positiver Trend hingegen: Inzwischen gibt es an einigen Zentren für spezielle Patientengruppen die Möglichkeit, eine Bypass-Operation ohne HLM-Einsatz, kurz OPCAB (Off-Pump Coronary Artery Bypass) und/oder sogar ganz ohne Durchtrennung des Brustbeins (minimalinvasiv) durchzuführen. Off Pump Bypass-Eingriffe machen einen Anteil von rund 20 Prozent aus; minimal-invasive Verfahren befinden sich gerade in der Entwicklung.

Mehr überlebte Herzinfarkte: andere Herzerkrankungen nehmen zu

Dass die Herzinsuffizienz hierzulande die häufigste Einzeldiagnose bei Krankenhausaufnahmen ist, dafür sind neben der Altersentwicklung auch Fortschritte in der Therapie der Herzschwäche (Device-Therapie, moderne Medikamente) und ihrer Grunderkrankungen wie Vorhofflimmern, Klappenerkrankungen oder KHK verantwortlich. Die Herzinsuffizienz war 2023 der Anlass für 468.579 (2022: 446.814) Krankenhaufälle. Eine weitere Erklärung für die Zunahme der Herzschwäche ist, dass immer mehr Patienten aufgrund der besseren Therapien schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse wie Herzinfarkte überleben. „Nach Überleben eines solchen Ereignisses bleibt in vielen Fällen eine Schädigung am Herzmuskel zurück. Daraus kann sich eine Herzinsuffizienz entwickeln. Das impliziert: Mehr überlebte Herzinfarkte – mehr Folgeerkrankungen, die dann wiederum Ursache eines plötzlichen Herztods sein können“, erklärt DGK-Präsident Prof. Blankenberg.

KHK-Patientenversorgung: Profitieren Patienten von der Ambulantisierung?

Der akute Herzinfarkt ist mit 43.839 Sterbefällen die vierthäufigste Todesursache und Anlass für fast 186.000 Klinikeinweisungen pro Jahr (2023). In der Versorgung der koronaren Herzerkrankung zeigt sich ein Trend zur Ambulantisierung, zum Beispiel bei den Koronarangiographien (+26 Prozent) und teils auch bei den Koronarinterventionen. 2023 wurden 353.512 PCI stationär (InEK-Daten) und 15.417 ambulant (IQTIG-Daten) durchgeführt. Im Vergleich zu 2019 verzeichnen die stationären PCI 2023 damit einen Rückgang um 5,2 Prozent, die ambulanten PCI hingegen innerhalb nur eines Jahres (im Vergleich zu 2022) eine Zunahme von 8,5 Prozent. Die Zunahme der ambulanten Durchführung der PCI lässt sich insbesondere mit dem zunehmenden Druck durch die Kostenträger erklären.

Besonders deutlich hat seit 2019 die Zahl der ambulanten Koronaren CT-Angiographien (CCTA) zugenommen, deren Kosten seit 2024 auch von den gesetzlichen Kassen übernommen werden können: von 42.446 Untersuchungen auf 59.757 (2023). In der Herzmedizin erhofft man sich von der Ausweitung der CCTA zusätzliche Effekte auf die Infarktprävention. „Die Ambulantisierung kann in Zeiten knapper Ressourcen und dank der Entwicklungen in der interventionellen Kardiologie ein Vorteil sein, indem sie die kardiologische Versorgung trotz Krisen- und Umbrucheffekten im Gesundheitswesen sicherzustellen hilft“, erklärt der Herzstiftungs-Vize-Vorsitzende Prof. Schunkert.

Kardiologische Reha senkt Risiko für erneute Herzinfarkte

Eine Kardiologische Rehabilitation (KardReha) ist bei allen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirksam und kann die körperliche Leistungsfähigkeit, Lebensqualität und auch Lebenszeit der Patienten verbessern. Als fester Bestandteil der Versorgung wird daher eine KardReha zum Beispiel nach einem Herzinfarkt und nach einer Bypass-Operation empfohlen. Denn vor allem in den ersten Monaten nach dem Herzinfarkt besteht ein erhöhtes Risiko für einen erneuten Infarkt (Reinfarkt). Und bis zu einem Drittel der Betroffenen bekommen innerhalb weniger Jahre einen zweiten Infarkt.



Diesem Schicksal kann eine Kardiologische Reha vorbeugen. „Herzpatienten sollten direkt im Anschluss an ihren Klinikaufenthalt ihre kardiologische Reha antreten. Diese wird am besten bereits in der Akutklinik beantragt“, empfiehlt der Reha-Spezialist und Kardiologe Dr. Eike Langheim, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR). Nach einem akuten kardialen Ereignis mit Krankenhausaufenthalt steht allen Patienten auch eine kardiologische Rehabilitation (Anschluss-Heilbehandlung, AHB, Anschluss-Rehabilitation, AR) zu. Und gerade in den ersten Wochen nach dem Akutereignis ist auch der Bedarf an Unterstützung zur Krankheitsverarbeitung und zur Bewältigung der Angst besonders hoch.

Die „Big Five“-Risikofaktoren: bei Reha-Patienten häufig

Wie wichtig die KardReha für die Sekundärprävention von Reinfarkten ist, zeigt ein Blick auf die Risikofaktoren und Komorbiditäten der Rehabilitanden. Aus den Daten von 106.166 Patienten aus 63 Reha-Einrichtungen, die im Rahmen einer DGPR-Umfrage (2023) erhoben wurden und im aktuellen Deutschen Herzbericht vorliegen, geht hervor, dass die „Big Five“ unter den Risikofaktoren überwogen: einen Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) wiesen 49,7 Prozent der Patienten auf (35.885 Rehabilitanden), gefolgt von Fettstoffwechselstörung (47,3 Prozent/32.329), Diabetes mellitus Typ 1/2 (24 Prozent/17.309), Adipositas (21,1 Prozent/14.243) und Rauchen (19 Prozent/10.326). Alarmierend: Mit Ausnahme der Raucher ist der Anteil von Patienten, die diese ‚Big Five‘ aufwiesen, im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. „In einer KardReha können wir mit konkreten therapeutischen Maßnahmen wie einem Egometertraining oder einer medizinischen Trainingstherapie sowie mit Schulungsmaßnahmen wie einer Diabetesberatung und Seminaren zur Stärkung der Gesundheitskompetenz wirkungsvoll der Reinfarktgefahr bei KHK-Patienten entgegentreten“, erklärt DGPR-Präsident Dr. Langheim. „Studiendaten bestätigen, dass die Teilnahme an einer Reha-Maßnahme die Therapietreue hinsichtlich Medikamenteneinnahme, körperlicher Bewegung, Nikotinverzicht, gesunder Ernährung und Lebensstil fördert sowie die Lebensqualität deutlich verbessert.“

Genauer zu beobachten ist aus DGPR-Sicht die noch hohe Rate an arbeitsunfähigen kardiologischen Rehabilitanden nach Entlassung aus der Reha. Diese Rate liegt mit 69 Prozent deutlich höher gegenüber den 54 Prozent Arbeitsunfähigen der Vergleichsgruppe mit allen Rehabilitanden.

Kardiologische Reha viel zu selten genutzt

„Leider nimmt durchschnittlich nur die Hälfte der Anspruchsberechtigten eine kardiologische Reha überhaupt wahr – und davon noch einmal deutlich weniger Frauen als Männer“, bedauert der DGPR-Präsident. Bei den Patienten nach Herzoperation (26 Prozent) und mit KHK (Akutes Koronarsyndrom, ACS) (31 Prozent) sei der Anteil mit KardReha höher als bei den Patienten mit Herzschwäche (6 Prozent).

Aus den Daten der DGPR-Umfrage geht hervor, dass mehr als 30 Prozent (28.534) der Reha-Patienten eine KHK (ACS) als Hauptdiagnose aufwies, die überwiegend per Kathetervorgang behandelt wurde. Fast 12 Prozent (10.099) hatten eine koronare Bypass-OP. Diese Zahlen stehen in starkem Kontrast zu den im Herzbericht für 2023 dokumentierten rund 37.000 koronaren Bypass-Eingriffen (isoliert/kombiniert) (DGTHG-Daten). Ähnlich verhält sich diese Diskrepanz bei der Anzahl der Rehabilitanden nach Herzinfarkt: 2023 wurden rund 186.000 Krankenhausaufnahmen wegen akuter Herzinfarkte verzeichnet, aber nur etwa 28.500 ACS-Patienten befanden sich in KardReha. Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass nur ein kleiner Teil der Anspruchsberechtigten die KardReha nutzt, „obwohl sie die Sterblichkeit und Häufigkeit von erneuten Krankenhauseinweisungen senkt. Darüber hinaus werden Lebensqualität, depressive Symptome, soziale und berufliche Teilhabe verbessert“, betont DGPR-Präsident Langheim. „Dabei hat sich die Prognose für Patienten, insbesondere nach Herzinfarkt und nach Bypass-OP, in den letzten Jahren auch dank der kardiologischen Reha-Maßnahmen wesentlich gebessert.“

„Erhebliche Mehrbelastung“: KHK bei Erwachsenen mit angeborenem Herzfehler

Angeborene Herzfehler (AHF) sind die häufigsten angeborenen Organfehlbildungen des Menschen. Deutschlandweit werden 8.500 Säuglinge pro Jahr mit einem Herzfehler geboren, therapiert überleben 90 Prozent bis ins Erwachsenenalter. „Dank der inzwischen guten interdisziplinären Versorgung der Patienten mit angeborenem Herzfehler haben wir in den letzten zehn Jahren eine konstant niedrige Mortalitätsrate von unter einem Sterbefall pro 100.000 Einwohner“, betont Prof. Dr. Ulrike Herberg, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für



Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK). Sie verweist dabei auf entsprechende Daten im Deutschen Herzbericht. Vergleicht man für die Jahre 2011 und 2023 die Zahlen der Verstorbenen mit angeborenem Herzfehler der Altersgruppe über 60 Jahren, fällt in dieser Altersgruppe ein deutlicher Anstieg auf. „Das bedeutet zunächst, dass Erwachsene mit angeborenem Herzfehler, kurz: EMAH, mittlerweile ein Alter vergleichbar dem Lebensalter der Normalbevölkerung erreichen“, erklärt die Kinderkardiologin und EMAH-Spezialistin. Diese Entwicklung verdeutliche auch die „zunehmende gesamtgesellschaftliche Bedeutung dieser stetig wachsenden Patientengruppe“ mit schätzungsweise über 350.000 EMAH in Deutschland, betont die DGPK-Präsidentin.

Nun können auch EMAH im Zuge des Alterns und aufgrund von Risikofaktoren an erworbenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkranken – zusätzlich zum angeborenem Herzfehler. In der EMAH-Versorgung kommt daher der Prävention und dem Screening dieser Konstellation aus angeborenem Herzfehler und erworbener Herz-Kreislauf-Erkrankung und gegebenenfalls deren frühzeitiger Therapie besondere Bedeutung zu. „EMAH haben ähnliche Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Menschen ohne angeborenen Herzfehler. Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen, Übergewicht und Adipositas sowie Bewegungsmangel sind auch für EMAH Risikofaktoren, eine KHK und einen Herzinfarkt zu erleiden“, berichtet Prof. Herberg. Das Spektrum der Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei EMAH umfasst neben KHK und Herzinfarkt auch Herzklappenerkrankungen, Herzschwäche, Herzrasen (Tachykardie), langsamen Herzschlag (Bradykardie, AV-Block) und Schlaganfall. „Allerdings sind die Auswirkungen dieser erworbenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei EMAH wegen ihres seit Geburt vorbelasteten Herzens oft erheblich schwerwiegender als bei Patienten ohne angeborene Herzfehler“, erklärt Prof. Herberg.

Adipositas: Unterschätztes Problem in der EMAH-Versorgung?

Allein knapp 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit AHF weisen nach Angaben des Kompetenznetzes Angeborene Herzfehler (KNAHF) „kein Normalgewicht“ auf. Kinder und Jugendliche mit leichtem Herzfehler haben dabei vor allem häufiger Übergewicht als ihre gesunden Altersgenossen, so das KNAHF. Alarmierend, denn Übergewicht im Kindesalter begünstigt Fettstoffwechselstörungen und Atherosklerose. Und mit zunehmendem Alter können sich als Folge schwere Stoffwechselerkrankungen, Schlaganfälle und Organschädigungen bemerkbar machen, so Experten des KNAHF (3/4).

Deshalb sehen die Deutsche Herzstiftung und die DGPK dringlichen Bedarf dafür, dass sowohl EMAH-Patienten selbst als auch ihre betreuenden Ärzte in der Nachsorge frühzeitig für die alters- und lebensstilbedingten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Vorsorge sensibilisiert werden. „Wir müssen beispielsweise bei einem über 50-jährigen EMAH-Patienten, der nach Korrektur einer Fallot'schen Tetralogie eine Herzleistungsschwäche entwickelt, auch an eine KHK denken, die wiederum von Risikofaktoren wie Hypercholesterinämie, Bluthochdruck und Adipositas begleitet sein kann“, erklärt DGPK-Präsidentin Herberg, Leiterin einer EMAH-Ambulanz an der RWTH Aachen. Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) treten Expertenangaben zufolge in der Patientengruppe der EMAH mindestens genauso häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung. Insgesamt hat in den vergangenen 20 Jahren in Deutschland die Häufigkeit kontinuierlich zugenommen. Laut Deutscher Adipositas Gesellschaft sind rund zwei Drittel (67 Prozent) der Männer und die Hälfte (53 Prozent) der Frauen übergewichtig. Ein Viertel der Erwachsenen ist stark übergewichtig (adipös): 23 Prozent der Männer und 24 Prozent der Frauen. Erhebungen deuten auch auf ein überdurchschnittlich hohes Adipositas-Risiko bei EMAH-Patienten hin. Gründe sind unter anderem Einschränkungen in Bewegung und körperlicher Aktivität, Gewichtszunahme durch Medikamente und psychosoziale Belastung, Überbehütung und Schonung in der Kindheit (ferner sitzender Lebensstil, eingeschränkte Freizeitaktivitäten), die Art und Schwere des Herzfehlers sowie eine eingeschränkte Herz-Kreislauf-Funktion und Komorbiditäten mit Einfluss auf Wachstum, Entwicklung und Stoffwechsel.

Gefahr für metabolisches Syndrom bei EMAH – DGPK-Präsidentin: „Ein Warnsignal!“

Das Beispiel einer Registerstudie mit rund 540 eingeschlossenen EMAH-Patienten mit bekannten Herz-Kreislauf-Risikofaktoren oder einer diagnostizierten Herz-Kreislauf-Erkrankung zeigt, dass der Anteil adipöser EMAH-Patienten bei rund 50 Prozent liegen kann (5). „Adipositas verlangt in der EMAH-Versorgung besondere Aufmerksamkeit, weil viele übergewichtige EMAH-Patienten das metabolische Syndrom entwickeln, das sich aus hohem Blutdruck, erhöhtem Blutzucker, ungünstigen Blutfettwerten und einem zu hohen Anteil an Bauchfett zusammensetzt und die

Presse-Information

Deutscher Herzbericht – Update 2025

Deutsche
Herzstiftung



DGK.



Gefahr für Herzinfarkt und Schlaganfall erhöht“, berichtet Prof. Herberg. „Das ist ein Warnsignal und verlangt gezielte Präventions-Programme für EMAH-Patienten, die der Komplexität der angeborenen Herzfehler gerecht werden. Das erfordert allerdings mehr Investitionen in die Kardiologische Reha speziell für EMAH. Denn diese sind in Deutschland bisher nur in wenigen Ausnahmen vorhanden.“

(wi)

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

Der Deutsche Herzbericht – Update 2025 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-Kreislauferkrankungen (DGPR) alljährlich herausgegeben. Infos und ePaper: www.herzstiftung.de/herzbericht

Gendern: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form zumeist verzichtet. Wir möchten darauf hinweisen, dass die Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Service

Der Deutsche Herzbericht – Update 2025 ist kostenfrei als ePaper mit vielen weiteren Infos abrufbar unter: www.herzstiftung.de/herzbericht

Infos für Herz-Kreislauf-Patienten bietet die Herzstiftung unter www.herzstiftung.de

Die vollständige **Pressemappe** zur Vorstellung des aktuellen Herzberichts mit weiteren Pressetexten aller beteiligten Fachgesellschaften sowie druckfähigem Grafik- und Bildmaterial sind abrufbar unter: www.herzstiftung.de/herzbericht

HerzFit – Gesund blieben mit dem Smartphone: Die HerzFit-App bestimmt das Herzalter und hilft dem Herzinfarkt vorzubeugen. Die App ist kostenfrei im Apple- oder Google Play Store erhältlich. Infos zur HerzFit-App sind unter www.herzstiftung.de/herzfit-app abrufbar.

Der Herzbericht im Podcast

Hören Sie im Herzberichts-Podcast die Spitzenvertreter/-in der Herzstiftung und der herzmedizinischen Fachgesellschaften zu aktuellen Trends und Entwicklungen in der Herzkreislauf-Medizin unter www.herzstiftung.de/podcast-herzbericht-2025

Herzinfarkt-Risikotest: Die Herzstiftung bietet unter www.herzstiftung.de/risiko einen kostenfreien Herzinfarkt-Risikotest an.



Collage: Deutsche Herzstiftung/Cover: Thieme Verlag

Quellen/Literatur

Deutsche Herzstiftung (Hg.), Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main, September 2025

Presse-Information

Deutscher Herzbericht – Update 2025

Deutsche
Herzstiftung



DGK.



- (1) World Health Organisation (WHO), <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/https://data.who.int/countries> (für Daten zu KHK-Mortalität/Lebenserwartung europ. Staaten); Jasilionis D. et al, Eur J Epidemiol (2023), <https://doi.org/10.1007/s10654-023-00995-5>
- (2) Steppuhn H, et al., Zeitliche Entwicklung der Mortalität der koronaren Herzkrankheit in Deutschland von 1998 bis 2023. J Health Monit. 2025;10(2):e13127.doi: 10.25646/13127
- (3) Brandhagen DJ et al. (2019) Obesity in Congenital Heart Disease: An Emerging Risk Factor. Curr Treat Options CardioASC Med: 21(6):31
- (4) Kompetenznetz Angeborene Herzfehler (KNAHF), Zu dick oder zu dünn? In: <https://www.kompetenznetz-ahf.de/forscher/forschung/ergebnisse/zu-dick-oder-zu-duenn/> – abgerufen am 22.09.2025
- (5) Bauer U. et al., Cardiovascular risk factors in adults with congenital heart defects – Recognised but not treated? An analysis of the German National Register for Congenital Heart Defects, International Journal of Cardiology 277 (2019) 79-84

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