Pressemitteilung

Weniger Herztote, aber mehr Krankenhauseinweisungen – Handlungsdruck wächst

Herzbericht: Sterblichkeit wegen Herzkrankheiten sinkt leicht, während Hospitalisationen steigen. Herzstiftung: „Fokus auf frühe Vorbeugung und Risiko-Erkennung gegen vermeidbare Klinikeinweisungen intensivieren“/Regionale Unterschiede in Sterblichkeit bei Herzinfarkt und anderen Herzleiden bestehen fort

(Frankfurt a. M./Berlin, 11. September 2025) Die Sterblichkeit durch Herzkrankheiten in Deutschland ist innerhalb eines Jahres insgesamt leicht gesunken – am deutlichsten ausgeprägt bei der Koronaren Herzkrankheit (KHK), der Grunderkrankung des Herzinfarkts. Das geht aus den Zahlen des aktuellen Deutschen Herzberichts – Update 2025 hervor. Im Jahr 2023 starben insgesamt 211.152 Menschen an den Folgen einer Herzkrankheit (2022: 216.944). Die Sterberate lag damit bei 215,7 an Herzkrankheiten Gestorbenen pro 100.000 Einwohner (EW) (2022: 224,2). Die Herzerkrankung mit den meisten Todesfällen sind weiterhin Durchblutungsstörungen durch Herzkranzgefäßverengungen (=KHK) mit 119.795 Sterbefällen (2022: 125.984) und einer Sterberate von 125,3 an KHK-Gestorbenen pro 100.000 EW (2022: 133,3) – davon starben am akuten Herzinfarkt 43.839 Menschen (46 Gestorbene/100.000 EW) (2022: 46.608 Gestorbene/49 pro 100.000 EW).

„Dass die KHK- und Herzinfarktsterblichkeit im aktuell berichteten Jahr erneut merklich abnimmt, bestätigt einen erfreulichen Trend, der sich seit Jahren abzeichnet. Dennoch ist die Sterberate der KHK im Vergleich zu unseren europäischen Nachbarländern wie Frankreich oder Dänemark nach wie vor viel zu hoch“, betont der Kardiologe Prof. Dr. Heribert Schunkert, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung, bei der Vorstellung des neuen Deutschen Herzberichts – Update 2025 in Berlin (1). Der aktuelle Herzbericht ist mit weiteren Informationen unter www.herzstiftung.de/herzbericht kostenfrei als ePaper abrufbar.

Die KHK-Sterblichkeitskurve flachte bereits in den Jahren vor der Corona-Pandemie tendenziell ab, „es könnte sich daher ein Plateau abzeichnen“, so Schunkert, der auch Direktor der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen am TUM Klinikum Deutsches Herzzentrum in München ist (2). Auch andere Herzkrankheiten zeigen leichte Sterblichkeitsrückgänge zum Vorjahr: bei Herzschwäche sank sie marginal (-0,2 Prozent) von 37,7 auf 37,6 Gestorbene pro 100.000 EW und bei Herzrhythmusstörungen um 3,2 Prozent von 30,5 (2022) auf 29,5 pro

100.000 EW. An Herzklappenerkrankungen starben im Jahr 2023 hingegen mit 2,6 Prozent mehr Menschen als im Vorjahr (2023: 22,4/2022: 21,9).

Der rückläufige Trend vor allem der KHK-Sterblichkeit spiegelt unter anderem Verbesserungen der präventiven, rehabilitativen und therapeutischen Maßnahmen wider. Dazu zählen interventionelle Verfahren wie die Stent-Therapie bei Herzinfarkt (Notfall-PCI) oder die Bypass-Chirurgie, verbesserte medikamentöse Verfahren und Verbesserungen in der Rettungskette.

„Um eine weitere deutlichere Abnahme zu erreichen, müssen wir die Ursachen der KHK stärker in den Fokus nehmen", fordert Kardiologe Prof. Schunkert. So sind in Deutschland die Infarkt-Risikofaktoren enorm verbreitet, die unbehandelt in Herzkrankheiten wie KHK und Herzschwäche münden: zu hohes LDL-Cholesterin, Bluthochdruck, Diabetes, Rauchen und Übergewicht. Millionen Menschen sind davon betroffen. „Damit wir diese Risikofaktoren in den Griff bekommen, müssen wir gefährdete Menschen frühzeitiger identifizieren und behandeln." Neben den für die Versorgung dieser Risikopatienten verantwortlichen herzmedizinischen Institutionen brauche es eine landesweite Initiative der Deutschen Herzstiftung, der Nationalen Herz-Allianz (NHA), der Gesundheitspolitik und vieler weiterer Gesundheitsorganisationen mit dem Ziel, Verbesserungen in Prävention und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen „voranzutreiben und so die Sterblichkeit durch die Volkskrankheit KHK weiter zu senken". Aus diesem Grund hat die Herzstiftung 2025 eine Million Euro für innovative Forschungsvorhaben zu Diagnostik, Therapie und Krankheitsmechanismen der KHK bereitgestellt und klärt die Bevölkerung in den bundesweiten Herzwochen im November über die Therapie, Diagnose und Prävention der Volkskrankheit KHK und Herzinfarkt auf (www.herzstiftung.de/herzwochen).

Mit mehr Früherkennung weniger Herz-Eingriffe in Kliniken

Vor dem Hintergrund der älter werdenden Bevölkerung sind in Summe die vollstationären Krankenhausaufnahmen wegen Herzkrankheiten 2023 leicht angestiegen. In absoluten Zahlen von 1.574.352 Krankenhausaufnahmen im Jahr 2022 auf 1.635.903 im Jahr 2023. „Alle Herzkrankheiten bewegen sich mit insgesamt über 1,6 Millionen Krankenhausfällen oder 1.695 Krankenhausaufnahmen pro 100.000 Einwohner auf einem hohen Niveau", betont Prof. Schunkert.

Allein die KHK, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz machen rund 1,5 Millionen Klinikeinweisungen pro Jahr aus. Für die KHK und Herzrhythmusstörungen sind bereits ab einem Alter von 40 Jahren steigende Hospitalisationsraten zu erkennen. „Umso wichtiger ist

es, Männer und Frauen mit einem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits im Rahmen der ambulanten Versorgung mit Hilfe frühzeitiger Gesundheits-Check-Ups beim Hausarzt zu identifizieren und Risikofaktoren mit Lebensstilmaßnahmen und gegebenenfalls Medikamenten zu behandeln. Das geschieht am besten bereits ab 35 Jahren", so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Deutschen Herzstiftung. Denn bei den meisten Herzerkrankungen gilt: Vorbeugen ist effektiver als behandeln.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen es – im Unterschied zu vielen Tumorerkrankungen – Medizinern möglich, viele Veränderungen schon in der Frühphase zu diagnostizieren und zu behandeln – bevor Symptome einen schwereren klinischen Verlauf ankündigen. „Die Chance medizinisch eingreifen zu können, bevor ein spürbarer Schaden eintritt – vorausgesetzt Risikopatienten gehen auch zur Vorsorge –, müssen wir noch mehr nutzen und die Bevölkerung motivieren, sie auch anzunehmen. Nur so können wir die Zahl vermeidbarer Krankenhausbehandlungen verringern und dem Kostendruck im Gesundheitswesen etwas entgegensetzen", unterstreicht der Herzstiftungs-Vize-Vorsitzende und Klinikdirektor am Deutschen Herzzentrum München. Das erfordere mehr Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung, aber auch mehr Anstrengungen seitens der Politik für Präventionsprogramme.

Hohes Potenzial nicht-invasiver KHK-Früherkennung: Koronare CT-Angiographie

„Dank wesentlicher Weiterentwicklungen in der Herz-Diagnostik durch neue bildgebende Verfahren wie der nicht-invasiven Koronaren CT-Angiographie – kurz CCTA, stehen uns sehr zuverlässige Verfahren für eine frühzeitige Erkennung von Menschen mit einer KHK und einem Risiko für Herzinfarkt zur Verfügung." Die CCTA kann Veränderungen der Herzkranzgefäße (Plaques, Verengungen) frühzeitig erfassen und die Stress-Echo oder Kardio-MRT kann deren Auswirkung auf die Durchblutung des Herzmuskels zeigen. Die ambulante CCTA wurde 2024 nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen aufgenommen. Insbesondere für Patienten, bei denen mit relativ geringer bis mittlerer Wahrscheinlichkeit eine KHK vorliegt, ist die CCTA eine wertvolle Diagnosemethode. Allein 2023 wurden 59.757 Koronar-CT durchgeführt, ein Anstieg um mehr als 5.000 innerhalb eines Jahres (2022: 54.376). „Dank der Koronar-CT lassen sich eine invasive Herzkatheterdiagnostik und stationäre Aufenthalte reduzieren", erklärt der Münchener Herzspezialist Schunkert.

Auswirkung der Pandemie auf stationäre Versorgung: Folgen für Herzpatienten?

Bereits in den Pandemiejahren 2020 bis 2022 wurde eine Rückläufigkeit in der kardiologischen und herzchirurgischen Versorgung festgestellt, insbesondere bei den planbaren (elektiven)

Eingriffen und in der kardiologischen Reha. Beim Vergleich der verschiedenen Prozeduren und Krankenhausfälle mit dem Vorpandemiejahr 2018 zeigt sich 2023 abermals eine Rückläufigkeit – teils moderat, teils auch sehr deutlich.

Die Zahl der vollstationär behandelten Herzpatienten sank zum Beispiel zwischen 2018 und 2023 um 7,7 Prozent. Zugleich lassen sich für diesen Zeitraum bei Operations- und Interventionszahlen rückläufige Zahlen feststellen (Ausnahmen: TAVI mit +23,6 Prozent und PCI mit +1,7 Prozent). Besonders ausgeprägt zeigt sich eine rückläufige Entwicklung im Zeitraum 2018 bis 2023 bei der isolierten koronaren Bypassoperation (-23,4 Prozent) sowie bei den Eingriffen für Herzschrittmacher (Aggregatwechsel: -28,4 Prozent/Revision: -19,6 Prozent) und implantierbaren Defibrillatoren (ICD) (Implantation: -12,2 Prozent und Aggregatwechsel: -32,1 Prozent). Diese Abnahme dürfte am ehesten dadurch bedingt sein, dass Kliniken zum Teil zur Schaffung von Kapazitäten für Covid-19-erkrankte Patienten zeitweise ihr Versorgungsangebot herunterfuhren oder Patienten Krankenhausbesuche aus Sorge vor einer Infektion vermieden. „Die Covid-Pandemie hat möglicherweise zu einer erhöhten Sterblichkeit als Folge einer Unterdiagnostik und -therapie geführt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und mitunter Notfälle wurden nicht kardiologisch versorgt. Diese Zusammenhänge müssen wissenschaftlich aufgearbeitet werden." Für die Zukunft müsse auch in Ausnahmesituationen wie einer Pandemie die kardiologische Versorgung herzkranker Kinder und Erwachsener und damit eine resiliente herzmedizinische Versorgung sichergestellt sein, so Schunkert.

Sinkende Herz-Kreislauf-Sterblichkeit: Pandemie-bedingt?

Beim Blick auf die Sterblichkeitsraten durch Herzkrankheiten im Zeitraum 2019 bis 2023 fällt auf, dass diese nur bei KHK um 5 Prozent von 132,0 Gestorbenen pro 100.000 EW (2019) auf 125,3 (2023) und bei Herzschwäche marginal um 0,1 Prozent gesunken ist auf 37,6 Gestorbene pro 100.000 EW (2023). Herzrhythmusstörungen (+3 Prozent), Herzklappenerkrankungen (+7 Prozent) und angeborene Herzfehler (+15,2 Prozent) verzeichnen hingegen in diesem Zeitraum deutliche Sterblichkeitsanstiege. Im Fall der Herzinsuffizienz spielen für die sinkende Mortalität unter anderem lebensverlängernde Effekte von Medikamenten auf Basis der Vier-Säulen-Strategie (ACE-Hemmer/Sartane oder ARNI, Betablocker, MRI und SGLT-2-Hemmer) und Schrittmacher-Therapien eine wichtige Rolle. „Darauf deutet auch die sinkende Sterblichkeitsrate der Vorjahre hin", erklärt Prof. Schunkert mit Blick auf die Herzberichtszahlen. „Die Ursachen für die deutlicheren Sterblichkeitsanstiege bei Herzklappenerkrankungen und Herzrhythmusstörungen verlangen eine genauere Analyse", so

Prof. Schunkert. Denn für Vorhofflimmern und Vorhofflattern, die laut Herzbericht mit rund 80 Prozent den Großteil der Sterbefälle durch Herzrhythmusstörungen ausmachen, hat sich die Therapie dank der Innovationen in der Verödungstherapie (Katheterablation) enorm verbessert. Beide Rhythmusstörungen gelten generell als gut behandelbar. Dennoch gilt auch für das Vorhofflimmern: Vermeidung von Übergewicht und Alkohol sowie eine gute Behandlung des Bluthochdrucks könnten viele Fälle verhindern.

Viele Herzklappenerkrankungen wie der Mitralklappenundichtigkeit oder der Aortenklappenstenose nehmen eher aufgrund der steigenden Zahl (hoch-)betagter Menschen zu. Dank operativer und interventioneller Verfahren – wie der kathetergestützten Aortenklappen-Implantation (TAVI) – sind auch diese Herzerkrankungen im hohen Alter gut behandelbar. „Mit der demographischen Entwicklung ist für diese Art der Herztherapie auch in den nächsten Jahren ein weiterer Anstieg zu erwarten", vermutet Herzspezialist Schunkert.

Hinzu kommt: Für den Vergleich der Mortalitätsraten zwischen 2019 und 2023 muss laut Autoren des Herzberichts immer noch ein Pandemie-Effekt angenommen werden: „Eine Covid-Infektion stellt auch weiterhin eine relevante Todesursache für Personen im höheren Alter dar, an der 2023 über 24.000 Personen im Alter von 65 Jahren und älter starben." Diese wären ohne Covid-Pandemie womöglich an einer anderen altersbedingten Erkrankung wie einer Herzkrankheit gestorben.

Regionale Sterblichkeitsunterschiede: Wie Länder ihre Sterberate senken können

Wie die Zahlen des Deutschen Herzberichts verdeutlichen, sind die Sterblichkeit und Krankenhausaufnahmen wegen Herzkrankheiten regional unterschiedlich ausgeprägt. Das zeigt sich am Beispiel des akuten Herzinfarkts deutlich: Die höchste Herzinfarkt-Mortalitätsrate eines Bundeslandes kann mehr als doppelt so hoch sein wie die niedrigste Mortalitätsrate eines anderen Landes.

Im Osten Deutschlands überwiegen die Bundesländer mit der höchsten Sterblichkeit durch Herzinfarkt, allerdings ist mit Schleswig-Holstein wieder ein westdeutsches Bundesland von einer erhöhten Sterberate betroffen. Die höchsten Herzinfarkt-Sterberaten finden sich 2023 in Berlin mit 71,2 Gestorbenen pro 100.000 EW, in Mecklenburg-Vorpommern mit 66,9, in Brandenburg mit 59,4 und in Schleswig-Holstein mit 57,9 Gestorbenen pro 100.000 EW. Die Herzinfarkt-Sterberate deutlich gesenkt haben unter anderem Sachsen-Anhalt (2022: 65,2/2023: 56,5), Sachsen (2022: 56,3/2023: 51,3), Saarland (2022: 51,2/2023: 45,5) und Bayern (2022: 48,6/2023: 44,3). „In Sachsen-Anhalt dürfte die 2018 eingeführte alljährliche ‚Herzwoche' mit landesweiten Anstrengungen von Behörden, Ärztenetzwerken,

Krankenkassen und Aktionsbündnissen in der Bevölkerungsaufklärung bedeutsam zur Infarktprävention beigetragen haben. Bayern ist im Jahr 2022 mit der Kampagne ‚Hand aufs Herz – Aktiv gegen Herzinfarkt' angetreten, um die Prävention und frühzeitige Therapie zu verbessern", erklärt der Herzstiftungs-Vize-Vorstandsvorsitzende Schunkert. Die Aufklärungsaktionen widmen sich den Themen Vorsorge, Ursachen und Symptome von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie richtiges Notfallverhalten bei Herzstillstand. Rückläufige Zahlen an Herzinfarktopfern sind die Belohnung!

Höchste Herzinfarktsterblichkeit in Berlin

Warum eine Metropole wie Berlin die höchste Herzinfarkt-Sterberate aufweist – im Gegensatz zu Hamburg mit der niedrigsten Herzinfarkt-Sterberate –, bedürfte einer wissenschaftlichen Untersuchung. Die Hauptstadt verfügt mit einer Quote von 18.540 Einwohnern (EW) pro Kardiologe über eine überdurchschnittliche Kardiologendichte, die über dem Niveau anderer Bundesländer wie Baden-Württemberg (20.768 EW/Kardiologe), Hessen (20.983 EW/Kardiologe) oder Bremen (19.214 EW/Kardiologe) liegt. Auch Berlins Dichte an Linksherzkatheter (LHK)-Messplätzen liegt mit 54.031 EW je LHK-Messplatz noch weit über dem bundesweiten Mittel (65.993 EW/LHK-Messplatz).

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 Ursachen für die regionalen Unterschiede führen die Autoren im aktuellen Herzbericht Unterschiede bei sozioökonomischen Faktoren sowie der Bevölkerungsstruktur an. „Darunter können Faktoren wie Raucheranteil, Erwerbsstatus, Arbeitslosenquote und die Häufigkeit von Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas fallen. Auch Defizite in der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung können Teil des Problems sein. Diese Defizite müssen auch seitens der Politik etwa durch gezielte Präventionsprogramme im Kindesalter in Kita und Schule oder durch standardisierte Herz-Kreislauf-Gesundheitschecks im besten Fall ab 35 und spätestens ab 50 adressiert werden", fordert Prof. Schunkert. „Digitale Helfer wie die HerzFit-App der Herzstiftung oder Smartwatches können Menschen dabei unterstützen, ihr Herzinfarkt-Risiko zu erfassen, sie zu einem herzgesunden Lebensstil motivieren mit Bewegung, gesunder und ausgewogener Ernährung sowie ihre Werte für Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin im Blick zu behalten", berichtet Prof. Schunkert, der die HerzFit-App der Herzstiftung am Deutschen Herzzentrum München mitentwickelt hat (www.herzstiftung.de/HerzFit-app).

Chest-Pain-Unit (CPU): „Lückenfüller“ bei geringer Akutversorgungsdichte?

Angesichts der regionalen Unterscheide in der Sterblichkeit stellt sich die Frage: Inwiefern kann die in Deutschland unterschiedliche Versorgungsdichte mit Kliniken, die ein Katheterlabor oder eine zertifizierte Chest-Pain-Unit (CPU, Herznotfallambulanz) vorhalten, dazu führen, dass in (ländlichen) Regionen mit einer niedrigeren Versorgungsdichte akut behandlungsbedürftige Notfälle zu spät oder schlimmstenfalls gar nicht behandelt werden? Andererseits sind Erfahrung und Kompetenz bei der Behandlung des akuten Notfalls wichtig. Für die Akutversorgung von Patienten mit akuten Brustschmerzen stehen in Deutschland 388 CPU (Stand Ende August 2025) in Krankenhäusern an 365 Tagen rund um die Uhr zur Verfügung. CPU müssen über ein Katheterlabor verfügen. Bei akuten Brustschmerzen müssen mit höchster Priorität vor allem Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungenembolie und Aortendissektion (Einriss der Hauptschlagader) ausgeschlossen oder nachgewiesen werden. Auch Komplikationen bei Herzrhythmusstörungen oder die Bluthochdruckkrise sind Fälle für die CPU, die für die kardiologische Versorgung von akuten Notfällen von enormer Wichtigkeit ist. „In ihrer Verbreitung hat die CPU in Deutschland stark zugelegt, sie ist aber in ihrer Anzahl und Dichte zwischen Ballungsgebieten und dem ländlichen Raum ungleich verteilt“, gibt der Stellvertretende Herzstiftungs-Vorsitzende und Klinikdirektor zu bedenken. „Chest-Pain-Units können dabei helfen, Versorgungsengpässe für kardiologische Notfälle in ländlichen Gebieten mit einer geringeren Krankenhausdichte abzufedern“, erklärt Prof. Schunkert, dessen Klinik selbst eine CPU führt. Angesichts von Klinikinsolvenzen – auch perspektivisch im Zuge der Krankenhausreform – wächst die Sorge vieler Ärztinnen und Ärzte vor Engpässen in der kardiologischen Akutversorgung. „Die Versorgung kardiologischer Notfälle muss auch im Rahmen der Krankenhausreform sichergestellt sein und somit auch die Verbreitung von CPUs, die rund um die Uhr mit qualifiziertem Personal besetzt sind.“

Effekte von Präventionsprogrammen im Kindesalter nutzen

Dass Deutschland bei der durchschnittlichen Lebenserwartung im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern weit hinten steht, haben unlängst Studien gezeigt (3). Die Gründe hierfür sehen die Autoren u.a. in Defiziten bei der Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Neben Alter und Genetik sind durch einen ungesunden Lebensstil verursachte Risikofaktoren wesentlich am Entstehen von KHK und anderen Herzkrankheiten wie Herzschwäche beteiligt. „Wir müssen für eine Verbesserung der Herzgesundheit in der Bevölkerung neben den bekannten Instrumenten der medizinischen Therapie auch verstärkt evidenzbasierte Effekte von Screenings – etwa zur familiären Hypercholesterinämie –,

Vorsorge-Check-Ups und frühzeitigen Präventionsprogrammen bereits ab dem Kindes- und Jugendalter nutzen“, fordert Schunkert.

(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

Service
Der Deutsche Herzbericht – Update 2025 ist kostenfrei als ePaper mit vielen weiteren Infos 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.

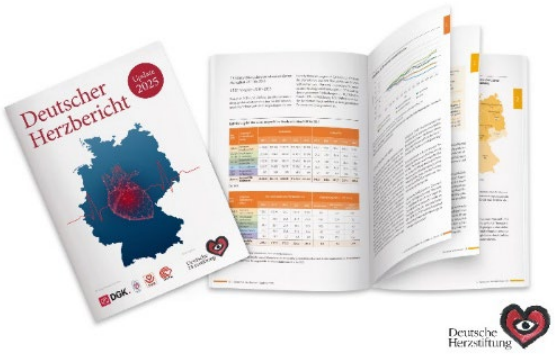
Die vollständige **Pressemappe** zur Vorstellung des aktuellen Herzberichts mit weiteren Pressetexten aller beteiligten Fachgesellschaften sowie druckfähigem Grafik- und Bildmaterial erreichen Sie unter: www.herzstiftung.de/herzbericht

Literatur

(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) Jasilionis D et al. (2023), European Heart Journal of Epidemiology 38(8): 839-850).

Prof. Dr. med. Heribert Schunkert
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung

Direktor der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen, TUM Klinikum Deutsches Herzzentrum München
(Foto: TUM Klinikum Deutsches Herzzentrum)



Collage: Deutsche Herzstiftung/Cover: Thieme Verlag

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.

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