

## Zahl der Herztoten und Klinikfälle auf hohem Niveau: „Prävention als wichtigster Hebel zu wenig genutzt“

**Herzbericht: Sterblichkeit durch Koronare Herzkrankheit erneut deutlich gesunken. Aber kardiovaskuläre Sterblichkeit und Klinikaufnahmen insgesamt auf zu hohem Niveau.**

**Herzstiftung: „Zeitkritische kardiologische Versorgung muss in Zeiten von Reform und Sparzwängen garantiert sein.“ Fokus auf frühe Prävention und Kontrolle von Risikofaktoren, um Klinikeinweisungen zu vermeiden und die Sterblichkeit zu senken**

*Frankfurt a. M./Berlin*, Die Gesamtsterblichkeit durch Herzkrankheiten in Deutschland ist erneut insgesamt leicht gesunken. Einen deutlichen Rückgang verzeichnet die Sterberate der Koronaren Herzkrankheit (KHK), der Grunderkrankung des Herzinfarkts. Das geht aus den Zahlen des aktuellen Deutschen Herzberichts – Update 2026 hervor. Während mit Ausnahme der angeborenen Herzfehler (leichter Anstieg zum Vorjahr 2023) die Sterberaten anderer Herzkrankheiten eher leichtere Abnahmen verzeichnen, sank die Sterberate der KHK innerhalb eines Jahres von 127,3 auf 118,3 Gestorbene pro 100.000 Einwohner (-7,1 Prozent), in absoluten Zahlen: von 119.795 KHK-Sterbefällen (davon Herzinfarkt: 43.839) (2023) auf 113.473 (davon Herzinfarkt: 41.258) (2024).

„Dieser markante und zugleich erfreuliche Rückgang der KHK- und Herzinfarktsterblichkeit im aktuell berichteten Jahr unterstreicht – nach einem vorübergehenden Sterblichkeitsanstieg im Zuge COVID-Pandemie – einen seit Jahren sich abzeichnenden Trend“, betont der Kardiologe Prof. Dr. Thomas Voigtländer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung, bei der Vorstellung des neuen Deutschen Herzberichts – Update 2026 in Berlin (1). Der aktuelle Herzbericht ist unter <https://herzstiftung.de/herzbericht> als ePaper mit weiteren Informationen abrufbar.

„Dieser rückläufige Trend der KHK-Sterblichkeit spiegelt unter anderem Fortschritte in der Herzmedizin in Diagnostik, Therapie und Rehabilitation wieder“, betont Prof. Voigtländer. Dazu zählen interventionelle Verfahren wie die Stent-Therapie bei Herzinfarkt (Notfall-PCI) oder die Bypass-Chirurgie, verbesserte medikamentöse Verfahren und in der invasiven/nicht-invasiven Diagnostik sowie Verbesserungen in der Rettungskette. „Trotzdem müssen wir verstärkt die Prävention in den Vordergrund rücken mit dem Ziel, eine Schädigung der Herzkranzgefäße durch Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren und Lebensstilmaßnahmen zu verhindern und die Erkrankung im Frühstadium zu behandeln, damit es gar nicht erst zu atherosklerotischen Gefäßveränderungen und zum Eingriff wegen Komplikationen wie Herzinfarkt kommen muss.“ In den Fokus präventiver Maßnahmen und einer medikamentösen Therapie rücken insbesondere „Gefäßkiller“ wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Adipositas und Rauchen.

Auch andere Herzkrankheiten zeigen leichte Sterblichkeitsrückgänge zum Vorjahr: bei Herzschwäche sank sie leicht (-2,9 Prozent) von 38,2 (2023) auf 37,1 (2024) Gestorbene pro 100.000 EW, bei Herzrhythmusstörungen um -2,7 Prozent von 30 auf 29,2 pro 100.000 EW. An Herzklappenerkrankungen starben im Jahr 2024 um 0,4 Prozent weniger Menschen als im Vorjahr (2024: 22,7/2023: 22,8).

**Herzinfarktsterblichkeit im Krankenhaus: Warum bei Frauen höher?**

Obwohl die Sterblichkeit bei akutem Myokardinfarkt zurückgegangen ist, ist die Prognose bei Frauen nach einem akuten Herzinfarkt (ST-Hebungsinfarkt: STEMI), im Herzbericht als Intra-Hospital-Sterblichkeit abgebildet, auch im Jahr 2024 weiterhin deutlich schlechter. So lag diese bei Frauen 2024 bei 14,4 Prozent, hingegen die der Männer bei 10,1 Prozent. Rund 4.400 Männer und rund 2.600 Frauen verstarben 2024 stationär wegen eines STEMI. „Auffällig ist, dass sich dieser Prognose-Gap zuungunsten von Frauen mit rund fünf Prozentpunkten über einen längeren Zeitraum hält und sich etwa schon im Jahr 2019 zeigt“, gibt der Kardiologe und Intensivmediziner Prof. Voigtländer zu bedenken. „Die genauen Ursachen solcher Sterbefälle noch während eines Krankenhausaufenthalts bedürfen der Analyse: Welche Rolle spielen etwa Symptombesonderheiten, therapeutische oder diagnostische Aspekte innerhalb der Klinik?“, so der Herzstiftungs-Vorsitzende.

Die „Door-to-balloon“-Zeit, die die Dauer von der Krankenhausaufnahme bis zur Wiedereröffnung eines verschlossenen Infarktgefäßes angibt, ist bei beiden Geschlechtern gleich. „Die Unterschiede in der Infarktsterblichkeit beruhen somit wohl auf anderen Ursachen, wie etwa unterschiedlicher Multimorbidität“, schlussfolgern die Autoren des Deutschen Herzberichts – Update 2026, und: „Möglicherweise wird auch der Herzinfarkt bei Frauen erst später erkannt als bei Männern.“

### **Altersentwicklung: Dominanz der Todesrate durch Herzkrankheiten im Alter**

Beim Betrachten der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Kontext von Altersgruppen fällt auf, dass der Anteil der kardiovaskulären Erkrankungen an allen Todesursachen in den Altersgruppen der ab 70-Jährigen weiterhin ansteigt, während der Anteil der Krebserkrankungen an allen Todesursachen ab diesem Altersabschnitt abnimmt.

Angesichts der hohen Bevölkerungsanteile der ab 65-Jährigen vom im Bundesdurchschnitt rund 23 Prozent (in Saarland und den ostdeutschen Bundesländern über 24 Prozent), dürfte dieser Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen an allen Todesursachen noch deutlicher zunehmen. „Auch der Großteil der behandlungsbedürftigen Herzpazienten kommt aus den Altersgruppen ab 65 Jahren. Bei den 75-bis unter 85-Jährigen ist die Hospitalisationsrate seit 2012 um 13,3 Prozent gestiegen. Die herzmedizinische Versorgung stellt diese Entwicklung vor große Herausforderungen und erfordert eine interdisziplinäre multiprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgung – von ambulant bis stationär, zwischen Hausärzten, niedergelassenen Kardiologen sowie den invasiv tätigen Herzmedizinern im Krankenhaus, also den Kardiologen und Herzchirurgen. „Diese Entwicklung zeigt außerdem, wie sehr ein effizientes Gegensteuern durch frühzeitige Prävention und Diagnostik – etwa im Rahmen von Vorsorge-Check-ups ab 35 Jahren und Screenings – sowie durch effiziente Therapie an Relevanz gewinnt, um das Entstehen von Herzerkrankungen frühzeitig auf breiter Basis zu bremsen“, erklärt der Herzstiftungs-Vorsitzende.

### **KHK und Rhythmusstörungen: Auch Jüngere um die 40 können betroffen sein**

Erworbene Herzerkrankungen können, wenn auch weniger häufig als in den Altersgruppen über 65 Jahren, auch bei jüngeren Menschen noch deutlich unter 65 Jahren auftreten. Das gilt vor allem für die KHK und Herzrhythmusstörungen, bei denen bereits ab einem Alter von 40 Jahren steigende Hospitalisationsraten zu erkennen sind. Bei Frauen etwas später beziehungsweise weniger steil. „Bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen kommt es darauf an, Männer und Frauen mit einem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bereits im Rahmen der ambulanten Versorgung etwa mit Hilfe von Gesundheits-Check-Ups beim Hausarzt zu identifizieren und Risikofaktoren konsequent mit Hilfe von Lebensstilmaßnahmen und gegebenenfalls Medikamenten einzustellen. „Im Fall von Vorhofflimmern können ein unbehandelter Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes sowie Nikotin- und Alkoholkonsum ein frühzeitigeres Auftreten der Rhythmusstörung fördern. Das gilt auch für die Entstehung von Herzkranzgefäßverengungen wie die KHK, hier vor allem durch Rauchen, Fettstoffwechselstörungen oder Bluthochdruck. In der Altersgruppe der 45- bis unter 65-Jährigen kam es im Jahr 2024 zu 480

Krankenhausaufnahmen pro 100.000 EW wegen Herzrhythmusstörungen, wegen KHK zu 667 pro 100.000 EW. „Nur indem wir Risikokonstellationen früh erkennen und medizinisch eingreifen können, bevor ein spürbarer Schaden an Herz und Gefäßen etwa durch unbehandeltes Vorhofflimmern oder einen unentdeckten Herzklappenveränderung eintritt, lässt sich die Zahl vermeidbarer Krankenhausbehandlungen verringern“, so der Kardiologe und Ärztliche Direktor der Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken. Nur durch eine Verringerung der Krankenhausbehandlungen lässt sich auch dem Kostendruck im Gesundheitswesen etwas entgegensetzen.

### **Krankenhausaufnahmen: Welchen Anteil haben vermeidbare Komplikationen?**

In Summe sind die vollstationären Krankenhausaufnahmen wegen Herzkrankheiten auch im Jahr 2024 marginal angestiegen. In absoluten Zahlen von 1.635.598 Krankenhausaufnahmen im Jahr 2023 auf 1.653.702 im Jahr 2024. „Mit insgesamt über 1,6 Millionen Krankenhausfällen oder rund 1.700 Krankenhausaufnahmen wegen Herzkrankheiten pro 100.000 Einwohner bewegt sich die Hospitalisationsrate weiterhin auf einem hohen Niveau“, erklärt der Herzstiftungs-Vorsitzende. Allein die KHK, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz machen rund 1,5 Millionen Klinikeinweisungen pro Jahr aus.

Ins Auge fällt bei den Altersgruppen, dass bei Herzinsuffizienzpatienten sowohl bei Männern und Frauen ab einem Alter von 60 Jahren die vollstationären Aufnahmen kontinuierlich zunehmen und ab 65 Jahren steil ansteigen. „Bei Herzschwächepatienten steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Klinikaufnahme wegen akuter Dekompensation. Dem muss in der Versorgung durch Hausarzt und niedergelassenem Kardiologen hinsichtlich der medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz selbst wie auch der Grund- und Begleiterkrankungen wie KHK, Bluthochdruck, Vorhofflimmern oder Klappenerkrankungen Rechnung getragen werden. Bei Symptomen einer akuten Verschlechterung der Herzschwäche wie Wassereinlagerungen (Ödeme), Luftnot oder Leistungsschwäche muss rasch agiert werden“, unterstreicht Prof. Voigtländer. Ab 65 Jahren sind Aufnahmen zur stationären Therapie der Herzinsuffizienz 13-mal so häufig (2.246 pro 100.000 Einwohner) als bei Patienten zwischen dem 45. und dem 65. Lebensjahr (180/100.000 EW). „Ein medikamentös gut eingestellter Patient mit Herzinsuffizienz kann bei regelmäßiger Kontrolle der Medikamententherapie durch seinen Hausarzt und engmaschiger Betreuung bei Beschwerden durch den Kardiologen Krankenhausaufenthalte vermeiden.“ In der anstehenden Grippesaison ist gerade für vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Herz-Kreislauf-Patienten die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Grippeimpfung (Influenza) besonders wichtig. Infos: <https://herzstiftung.de/wichtige-impfungen>

### **Ambulantisierung: Entlastung der stationären Herzmedizin?**

Im Zuge der Einführung von sogenannten Hybrid-DRGs am 1. Januar 2026 wurde die ambulante Versorgung gestärkt: Veränderte Vergütungsmechanismen ermöglichen es, bestimmte kardiologische Prozeduren, die dem stationären Bereich vorbehalten sind, zukünftig auch ambulant anzubieten. „Perspektivisch werden wichtige Bereiche der interventionellen Herzmedizin eine nahezu vollständige Ambulantisierung erfahren; dies betrifft die Stentversorgung bei Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung, die Schrittmachertherapien, die ICD-Implantation sowie – und dies ist ein Novum – die Katheterablationen bei Herzrhythmusstörungen, besonders bei Vorhofflimmern“, erklärt der Herzstiftungs-Vorstandsvorsitzende Prof. Voigtländer. Inwiefern die Hybrid-DRGs zu einer Entlastung des Kliniksektors führen werden, müsse sich erst noch zeigen. „Die Ambulantisierung muss aber so gestaltet werden, dass im Sinne der Herzpatienten größtmögliche Sicherheit und Qualität der Eingriffe gewährleistet ist. Bereits jetzt werden viele Eingriffe ambulant in größeren Praxen beziehungsweise in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) durchgeführt. Es braucht aber für viele Leistungen sicherlich auch weiterhin das Back-up

eines Krankenhauses und einer Intensivstation, gerade bei Auftreten von Komplikationen ist dies unumgänglich“, so der Frankfurter Kardiologe.

### **Zeitkritische kardiologische Versorgung muss garantiert sein**

Angesichts von Klinikinsolvenzen – auch perspektivisch im Zuge der Krankenhausreform – wächst die Sorge unter Ärzten und Patienten vor Engpässen in der kardiologischen Akutversorgung. Hinzu kommt die ohnehin in Deutschland unterschiedliche Versorgungsdichte mit Kardiologen oder Kliniken, die ein Katheterlabor oder eine zertifizierte Chest-Pain-Unit (CPU, Herznotfallambulanz) vorhalten. „Die Herzinfarktsterblichkeit bewegt sich trotz einer kontinuierlichen Senkung der Gesamtmortalität – nicht nur auf dem Land, sondern auch in Ballungsräumen – weiterhin auf einem hohen Niveau – sie ist die vierthäufigste Todesursache überhaupt“, so Prof. Voigtländer. So steht die Metropole Berlin mit 60,4 Herzinfarkt-toten pro 100.000 Einwohnern (EW) an zweiter Stelle hinter Mecklenburg-Vorpommern mit 63 Herzinfarkt-Sterbefällen pro 100.000 EW unter den Bundesländern mit der höchsten Herzinfarktsterblichkeit. „Um die Versorgung kardiologischer Notfälle im Rahmen der Krankenhausreform auch in ländlichen Gebieten mit einer geringeren Krankenhausdichte sicherzustellen, kann die Verbreitung von CPUs ein Hebel sein, Engpässe abzufedern“, erklärt der Kardiologe und Herzstiftungs-Vorsitzende. „Die häufig zeitkritische kardiologische Versorgung muss in Zeiten von Reformen und Sparzwängen garantiert sein.“ CPUs sind rund um die Uhr mit qualifiziertem Personal besetzt. Für die Akutversorgung von Patienten mit akuten Brustschmerzen stehen in Deutschland über 400 CPUs (Stand September 2026) in Krankenhäusern an 365 Tagen rund um die Uhr zur Verfügung. CPUs 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. CPUs stehen aber auch für die Versorgung von Komplikationen bei Herzrhythmusstörungen und Herzklappenerkrankungen oder bei einer Bluthochdruckkrise zur Verfügung. Erfahrung und Kompetenz bei der Behandlung akuter Notfälle ist wichtig, wodurch sich die CPUs aufgrund einheitlicher Zertifizierungsstandards besonders auszeichnen.

### **Herzinfarktsterblichkeit zeigt weiterhin regionale Unterschiede**

Wie die Zahlen des Deutschen Herzberichts verdeutlichen, ist die Herzinfarkt-Sterblichkeit regional unterschiedlich ausgeprägt. Die höchste Herzinfarkt-Mortalitätsrate eines Bundeslandes kann mehr als doppelt so hoch sein wie die niedrigste eines anderen Landes. Im Osten Deutschlands überwiegen die Bundesländer mit der höchsten Sterblichkeit durch Herzinfarkt, allerdings ist mit Bremen auch ein westdeutsches Bundesland von einer höheren Sterberate betroffen. Die höchsten Herzinfarkt-Sterberaten finden sich 2024 in Mecklenburg-Vorpommern mit 63,4 Gestorbenen pro 100.000 EW, in Berlin mit 60,4, in Sachsen-Anhalt mit 55,8 und in Bremen mit 55,1 Gestorbenen pro 100.000 EW.

Als Ursachen für die regionalen Unterschiede können verschiedene Faktoren eine Rolle spielen. Neben der Bevölkerungsstruktur und sozioökonomischen Faktoren können auch ein hoher Raucheranteil, Erwerbsstatus, Arbeitslosenquote und die Häufigkeit von Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas eine wichtige Rolle spielen. „Warum eine Metropole wie Berlin die zweithöchste Herzinfarkt-Sterberate aufweist – im Unterscheid zu Hamburg mit der niedrigsten Herzinfarkt-Sterberate –, bedürfte einer wissenschaftlichen Analyse. Die Hauptstadt verfügt mit einer Quote von 18.519 Einwohnern (EW) pro Kardiologe nach Hamburg (12.934 EW/Kardiologe) und Bayern (15.791 EW/Kardiologe) über die dritthöchste Kardiologendichte in Deutschland, danach folgen Baden-Württemberg: 21.219 EW/Kardiologe, Bremen: 21.360 EW/Kardiologe) und Hessen (21.733 EW/Kardiologe). Auch Berlins Dichte an Linksherzkatheter (LHK)-Messplätzen liegt mit 49.801 EW je LHK-Messplatz noch weit

über dem bundesweiten Mittel (64.489 EW/LHK-Messplatz). Die niedrigsten Herzinfarkt-Sterbeziffern für 2024 weisen Hamburg mit 26,2 Gestorbenen pro 100.000 EW, Nordrhein-Westfalen mit 28,8, Bayern mit 41,5 und Niedersachsen mit 42,2 Gestorbenen pro 100.000 EW auf.

## **Bund und Länder müssen Herz-Kreislauf-Prävention viel mehr stärken**

Wie zunehmend wichtig eine Präventionsstrategie in Deutschland ist zeigt sich nicht nur bei der durchschnittlichen Lebenserwartung der Deutschen, die im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern hinten liegt (1). Auch der Public Health Index von AOK-Bundesverband und DKFZ zeigen: „In drei von vier Bereichen – Tabak, Alkohol und Ernährung – landet die Bundesrepublik auf den hinteren Rängen. Nur im Feld Bewegung reicht es für das untere Mittelfeld.“ (2)

Die Deutsche Herzstiftung unterstützt seit vielen Jahren in punkto Prävention durch mehr Bewegung alle Bundesländer mit ihrem Bewegungsprogramm „Skipping Hearts – Seilspringen macht Schule“ und führt mit „Rauchzeichen“ im Rhein-Main-Gebiet und mit „nachvorn“ gemeinsam mit der Berliner Charité an Berliner Grundschulen Rauch-Präventionsprogramme durch. „Bund und Länder müssen allerdings für eine Verbesserung der Herzgesundheit in der Bevölkerung neben einer institutionalisierten Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Kita und Schule viel intensiver frühzeitige Präventionsprogramme bereits ab dem Kindes- und Jugendalter nutzen. Prävention bleibt der wichtigste Hebel zur Prognoseverbesserung, er wird aber noch zu wenig genutzt“, betont Prof. Voigtländer. Auch bundesweite Kampagnen der Deutschen Herzstiftung wie die bundesweiten Herzwochen, der PULSEDAY (alljährlich am 1.3.) bieten Menschen Informationen, wie sie selbst aktiv für ihre Herzgesundheit werden können. Digitale Helfer wie die HerzFit-App der Herzstiftung (<https://herzstiftung.de/HerzFit-app>) 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.

(wi)

## **Der Deutsche Herzbericht - Update 2026 ist kostenfrei (E-Paper) abrufbar unter:**

<https://herzstiftung.de/herzbericht>

Infos für Patienten zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bietet die Herzstiftung kostenfrei unter <https://herzstiftung.de> an.

Die **vollständige Pressemappe zur Vorstellung des Deutschen Herzberichts** mit weiteren Presstexten aller beteiligten Fachgesellschaften sowie druckfähiges Grafik- und Bildmaterial erreichen Sie unter: <https://herzstiftung.de/herzbericht>

Informieren Sie sich über Herzberichts-Themen auch auf den sozialen Kanälen der Herzstiftung: instagram, YouTube, LinkedIn, facebook, spotify

**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 <https://herzstiftung.de/podcast-herzbericht-2026>

**Impfen schützt das Herz:** Welche Impfungen besonders wichtig sind und worauf Herzpatienten achten sollten: <https://herzstiftung.de/wichtige-impfungen>

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

Der Deutsche Herzbericht - Update 2026 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-Kreislaufkrankungen (DGPR) alljährlich herausgegeben. Infos und ePaper: [www.herzstiftung.de/herzbericht](http://www.herzstiftung.de/herzbericht)

## **Literatur**

Deutsche Herzstiftung (Hg.), Deutscher Herzbericht - Update 2026, Frankfurt am Main 2026

- Jasioloni et al., European Journal of Epidemiology, 2023
- Public Health Index 2025, AOK-Bundesverband/Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)/Gesundheitsschutz im Vergleich 2025

**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.