

# 1. GESUNDHEITZUSTAND

## 1.4. Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall

Herz-Kreislauf-Erkrankungen waren 2006 mit 36% aller Todesfälle in nahezu allen OECD-Ländern die häufigste Todesursache. Sie umfassen eine Reihe von Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere die ischämische (koronare) Herzkrankheit (KHK oder Herzinfarkt) und zerebrovaskuläre Krankheiten (oder Schlaganfall). Zusammen machen die ischämische Herzkrankheit und der Schlaganfall zwei Drittel aller der durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingten Todesfälle aus und verursachten 2006 in den OECD-Ländern ein Viertel aller Todesfälle.

Die ischämische Herzkrankheit entsteht durch die Akkumulation von Fettablagerungen an den Innenwänden einer Herzkranzarterie, wodurch die Blutzufuhr zum Herz gedrosselt wird. 2006 waren koronare Herzkrankheiten allein für 16% aller Todesfälle in den OECD-Ländern verantwortlich. Die Mortalität auf Grund von ischämischer Herzkrankheit (KHK) variiert aber erheblich zwischen den einzelnen OECD-Ländern (Abbildung 1.4.1). Die mittel- und osteuropäischen Länder melden die höchsten KHK-Sterberaten, darunter die Slowakische Republik sowohl für Männer als auch für Frauen, gefolgt von Ungarn und der Tschechischen Republik. Auch in Finnland, Polen und den Vereinigten Staaten sind die KHK-Sterberaten relativ hoch und erreichen ein Mehrfaches der in Japan und Korea beobachteten Raten. Bei der Variation der KHK-Sterberaten sind regionale Muster zu erkennen. Gleich nach den zwei asiatischen OECD-Ländern verzeichnen vier südeuropäische Länder, und zwar Frankreich, Spanien, Portugal und Italien, die niedrigsten KHK-Sterberaten. Das spricht für die allgemein vertretene Hypothese, dass es grundlegende Risikofaktoren wie z.B. die Ernährungsweise gibt, die die zwischen den einzelnen Ländern bestehenden Unterschiede bei den Sterberaten erklären.

Die Sterberaten sind in allen Ländern bei Männern sehr viel höher als bei Frauen (Abbildung 1.4.1). Im Durchschnitt der OECD-Länder waren die KHK-Sterberaten bei Männern 2006 nahezu doppelt so hoch wie bei Frauen.

Seit 1980 sind die KHK-Sterberaten in nahezu allen OECD-Ländern zurückgegangen. Besonders bemerkenswert war der Rückgang in Dänemark, den Niederlanden, Schweden, Norwegen und Australien, wo die KHK-Sterberaten um über zwei Drittel oder mehr gesunken sind. Für die rückläufige Entwicklung ist eine Reihe von Faktoren verantwortlich, wobei der sinkende Tabakkonsum zur Verringerung der KHK-Inzidenz und mithin zum Rückgang der KHK-Sterberaten beigetragen hat. Bedeutende Fortschritte bei der medizinischen Behandlung der ischämischen Herzkrankheit waren ebenfalls ein maßgeblicher Faktor für die Reduzierung der Sterberaten (Moise *et al.*, 2003) (vgl. Indikator 4.6 „Kardiovaskuläre

Eingriffe“ und Indikator 5.4 „Krankenhausletalitätsrate nach einem akuten Myokardinfarkt“). In einigen Ländern war jedoch seit 1980 lediglich ein geringer oder gar kein Rückgang zu beobachten. In Ungarn und Polen sind die Mortalitätsraten gestiegen. In Griechenland ist die Rate nur leicht zurückgegangen, sie war aber bereits 1980 verhältnismäßig niedrig.

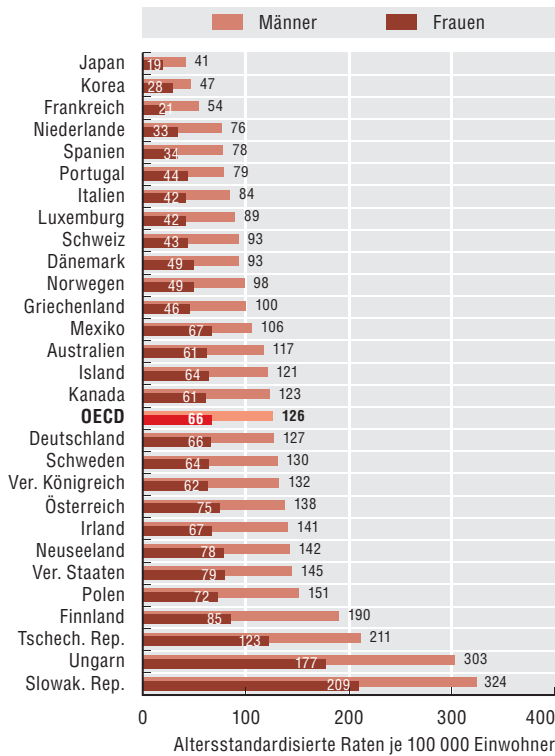
Schlaganfall ist eine weitere wichtige Todesursache in den OECD-Ländern, 2006 entfielen hierauf etwa 9% aller Todesfälle. Verursacht werden Schlaganfälle durch eine Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn. Schlaganfälle führen nicht nur in vielen Fällen zum Tod, sie können auch schwere Behinderungen nach sich ziehen (Moon *et al.*, 2003). Wie bei der ischämischen Herzkrankheit, bestehen zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede bei den durch Schlaganfall bedingten Sterberaten (Abbildung 1.4.2). Am höchsten sind die Raten in Portugal, Ungarn, der Tschechischen Republik und Griechenland. Am niedrigsten sind sie in der Schweiz, Frankreich, Kanada und den Vereinigten Staaten.

Ein Blick auf die Trendentwicklung im Zeitverlauf zeigt, dass die Schlaganfallmortalität in allen OECD-Ländern (außer Polen) seit 1980 zurückgegangen ist. Die Raten sind in Österreich, Japan, Luxemburg, Irland und Frankreich um nahezu drei Viertel gesunken. Wie bei der ischämischen Herzkrankheit, ist der Rückgang der Schlaganfallmortalität zumindest z.T. einer Verringerung der Risikofaktoren zu verdanken. Tabakkonsum und Bluthochdruck sind die zwei größten beeinflussbaren Risikofaktoren für einen Schlaganfall. Fortschritte bei der medizinischen Behandlung von Schlaganfällen haben die Überlebensquoten ebenfalls erhöht (vgl. Indikator 5.5 „Krankenhausletalitätsraten nach einem Schlaganfall“).

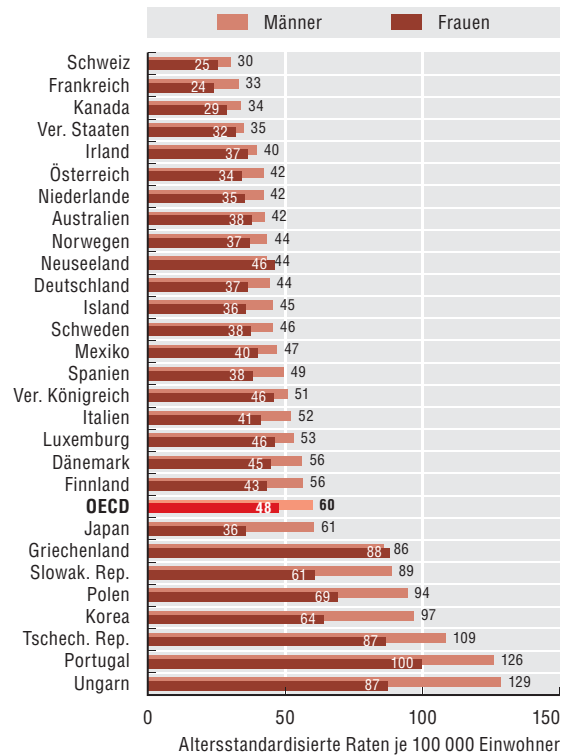
### Definition und Abweichungen

Die Sterberaten basieren auf den Rohdaten zur Anzahl der Todesfälle nach ausgewählten Todesursachen, die der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen sind. Mathers *et al.* (2005) haben eine generelle Bewertung des Erfassungsgrads, der Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Daten zu Todesursachen vorgenommen. Die Sterberaten wurden entsprechend der Bevölkerung der OECD-Länder im Jahr 1980 altersstandardisiert, um Unterschiede auf Grund von Differenzen beim Altersaufbau auszuschalten, die zwischen den Ländern und im Zeitverlauf innerhalb eines Landes gegeben sein können.

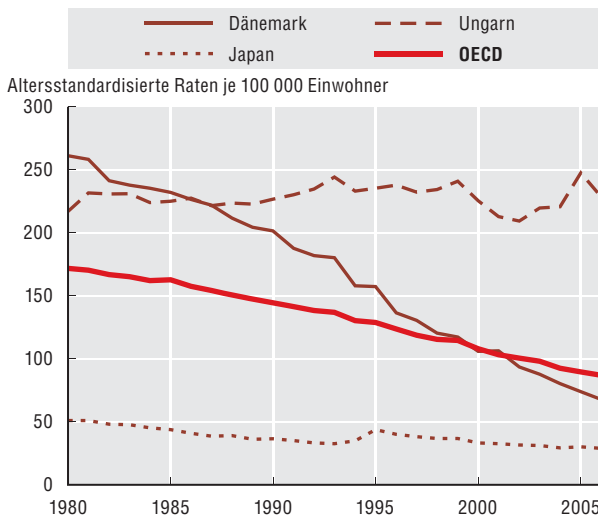
### 1.4.1 Ischämische Herzkrankheit, Sterberaten, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



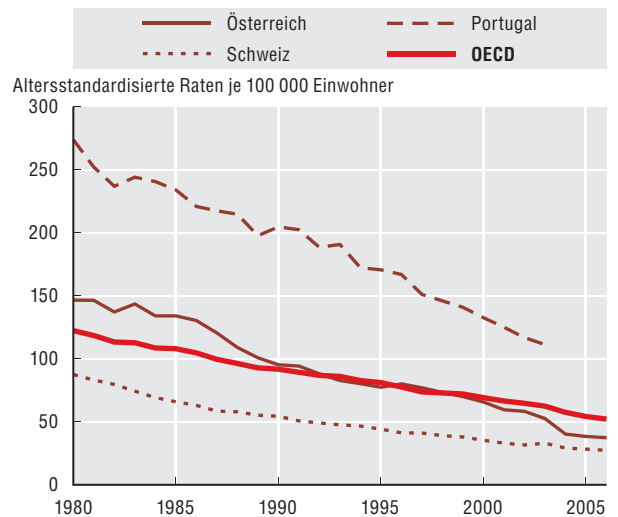
### 1.4.2 Schlaganfall, Sterberaten, 2006 (oder letztes verfügbares Jahr)



### 1.4.3 Trends bei den durch Herzinfarkt bedingten Sterberaten, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2006



### 1.4.4 Trends bei den durch Schlaganfall bedingten Sterberaten, ausgewählte OECD-Länder, 1980-2006



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009. Die Rohdaten zur Mortalität sind der Mortalitätsdatenbank der WHO entnommen und entsprechend der OECD-Bevölkerung von 1980 altersstandardisiert.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/802861738882>



**From:**  
**Health at a Glance 2009**  
OECD Indicators

**Access the complete publication at:**  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

**Please cite this chapter as:**

OECD (2010), "Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/soc\\_glance-2009-6-de](https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-6-de)

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).