

Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. – Vorschläge zur Weiterentwicklung und Optimierung des [Frauengesundheitsberichts 2020](#)

Kommentar von Ingrid Mühlhauser zum Thema „Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen“

Stand: 15. Februar 2021

Die im Frauengesundheitsbericht genutzte Kommunikation zu den Sterberaten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermittelt fälschlicherweise den Eindruck, als wären Frauen gefährdeter als Männer. Die Präsentation der Daten sollte Missverständnissen vorbeugen. Durch grafische Darstellungen könnte die korrekte Interpretation der Sterberaten unterstützt werden. Zudem sollten die Fallstricke der Altersstandardisierung bei Vergleichen von Männern und Frauen erläutert werden. Beispiele für eine verständlichere Aufbereitung der Sterberaten werden vorgestellt.

Aktuelle Bedeutung des Themas Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Herz-Kreislauf-Gesundheit von Frauen stand kürzlich im Zentrum der [4. Bundeskonferenz Frauengesundheit](#). Veranstalter war das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zusammen mit seiner Fachbehörde, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der Fachtag sollte die öffentliche Aufmerksamkeit für die Gefahren kardiovaskulärer Erkrankungen bei Frauen erhöhen. Das Risiko für Herzinfarkte bei Frauen werde nicht ausreichend ernst genommen, bedrohliche Anzeichen fehlgedeutet und zu spät behandelt. Die BZgA warnt auf ihrem [Frauengesundheitsportal](#): *„Die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems wurden lange Zeit bei Frauen unterschätzt. Tatsächlich ist es aber so, dass mehr Frauen als Männer daran versterben.“*

Schon einmal wurde bei Frauen eine dramatische Zunahme des kardiovaskulären Risikos mit Einsetzen der Wechseljahre proklamiert. Das ist 30 Jahre her. Damals begann in Deutschland der Feldzug für eine Behandlung der Frauen ab der Menopause mit Sexualhormonen. Sie sollten vor Herzinfarkten schützen – ein fataler Trugschluss wie sich später durch großangelegte randomisiert-kontrollierte Studien herausstellte. Der AKF e.V. hat sich zum Thema [Hormone](#) und [Hormontherapie in den Wechseljahren](#) immer wieder kritisch geäußert.

Es ist sicher ein Erfolg der Genderforschung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen heute differenzierter betrachtet werden. Die angemahnte Aufklärung darf jedoch nicht zu neuerlichen Missverständnissen und zum Nachteil der Frauen geraten. Es stellt sich die Frage, wie die aktuellen Kampagnenbotschaften zu deuten sind und welche Relevanz sie für die einzelnen Frauen haben.

Zu Kapitel 2.1.1, Lebenserwartung und Todesursachen:

Auf S. 32 des [Frauengesundheitsberichts 2020](#) findet sich folgende Aussage: „*Insgesamt sterben Frauen häufiger als Männer an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I00-I99; 39,7 % bzw. 34,1 %)“*, wobei die koronare oder ischämische Herzkrankheit (ICD-10: I20-I25) die größte Krankheitslast bei Frauen aller Altersgruppen verursache (12,0 % aller Todesfälle bei Frauen vs. 15,0 % bei Männern); Herzinfarkt (ICD-10: I21-I22) ist Todesursache in 4,2 % bei Frauen vs. 5,9 % bei Männern (Todesursachenstatistik für 2017).

Bisher hieß es, Frauen wären besser als Männer vor kardiovaskulären Erkrankungen geschützt. Der Frauengesundheitsbericht liefert jedoch keine Aufklärung für die diskrepanten Befunde. Dazu bräuchte es faire und verständliche Vergleiche der Daten von Männern und Frauen.

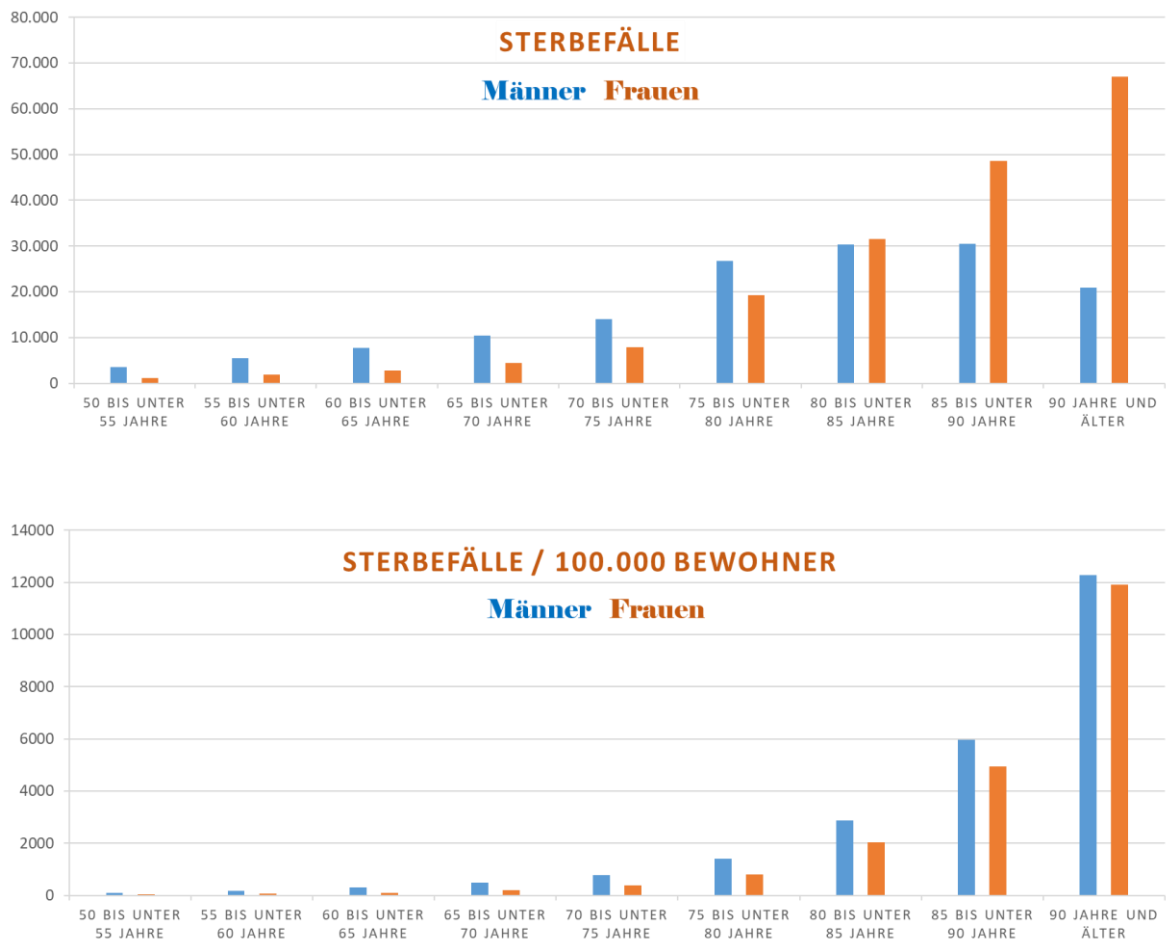
Fehlschlüsse durch Sterbeziffern

Die Abbildungen 1. und 2. (erstellt von Ingrid Mühlhauser) auf den folgenden Seiten veranschaulichen die statistischen Daten zu den kardiovaskulären und ischämischen Todesursachen für das Jahr 2016, jeweils die Sterbefälle (Anzahl der Gestorbenen) im Vergleich zu den Sterberaten (Gestorbene je 100.000 Einwohner), nach Altersgruppen und getrennt für Männer und Frauen.

Ab der Altersgruppe 80 bis unter 85 Jahre versterben zahlenmäßig tatsächlich mehr Frauen als Männer an kardiovaskulären und ischämischen Todesursachen. Bei Betrachtung nach Altersgruppen sterben jedoch bis ins hohe Alter Männer häufiger als Frauen an kardiovaskulären Erkrankungen. Wesentliche Ursachen für die erheblichen Unterschiede sind, dass kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen deutlich später als bei Männern auftreten und Frauen länger leben als Männer.

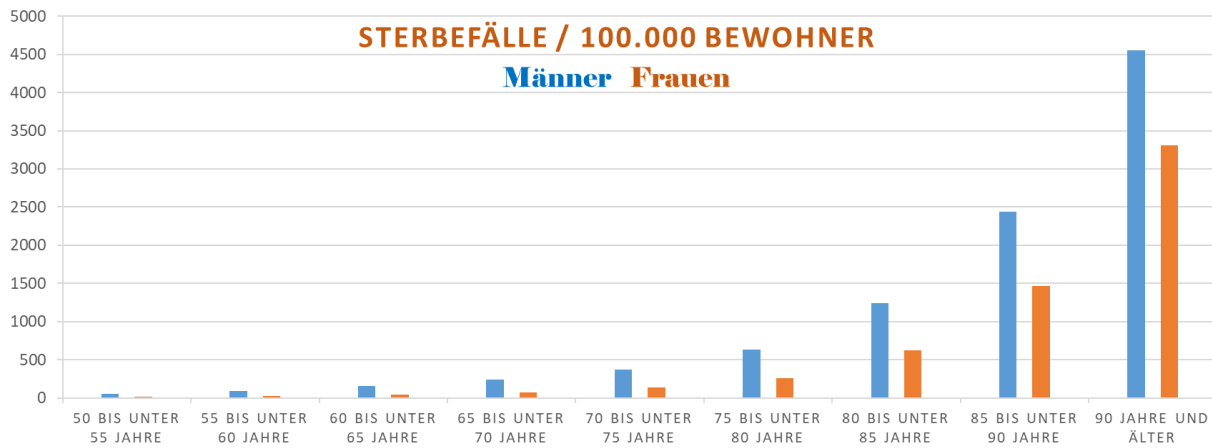
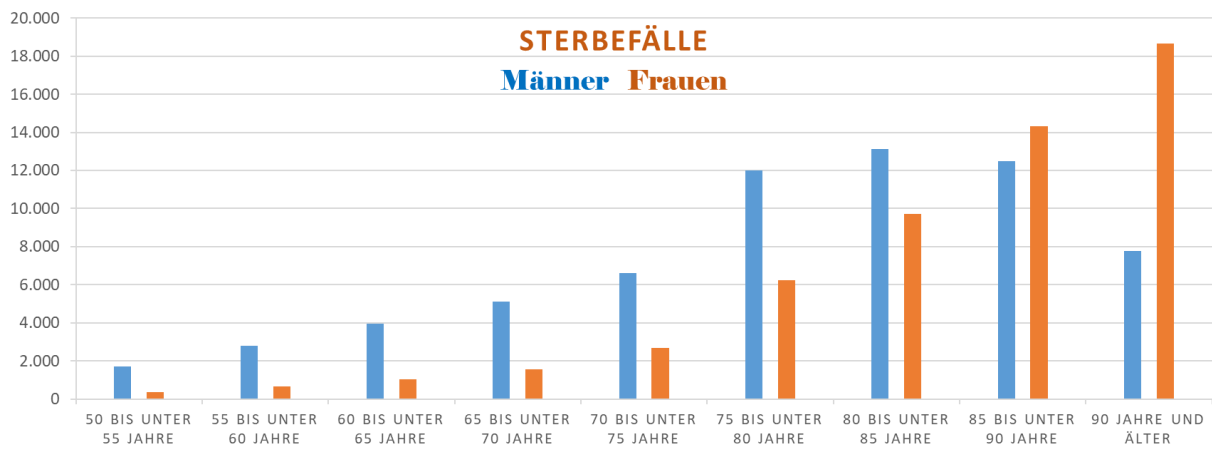
Bis zur Altersgruppe 50 bis unter 55 Jahre leben in Deutschland mehr Männer als Frauen, ab der Altersgruppe 55 bis unter 60 Jahre sind es mehr Frauen als Männer (www.geb-bund.de).

Abbildung 1. Mortalität, Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 10: I00-I99), Bevölkerung Deutschland 2016 (ab 50 Jahre)



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt. Die Tabelle wurde von Ingrid Mühlhauser am 10.02.2021 08:57 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

Abbildung 2. Mortalität, Ischämische Herzkrankheiten (ICD 10: I20-I25), Bevölkerung Deutschland 2016 (ab 50 Jahre)



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt. Die Tabelle wurde von Ingrid Mühlhauser am 10.02.2021 08:57 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

Altersstandardisierung bedingt hilfreich

Bei Betrachtung aller Altersgruppen zusammen kann durch Altersstandardisierung der Mortalitätsraten die Ungleichheit in der Altersstruktur aufgehoben werden, wenn für Frauen und Männer eine gemeinsame Altersverteilung zugrunde gelegt wird (d. h. keine Geschlechtsstandardisierung). Dabei werden die beobachteten Mortalitätsraten nach einer fiktiven „Standardbevölkerung“ gewichtet. Altersstandardisierung wird genutzt, um Bevölkerungsgruppen über Zeiträume und Regionen zu vergleichen.

Die folgende Tabelle zeigt, dass die Sterberaten je nach Auswahl der Standardbevölkerung erheblich voneinander abweichen können. Es sind keine realen Daten, sondern sie beschreiben vielmehr, wie die Sterberaten wären, wenn die Bezugsbevölkerung der gewählten fiktiven Standardbevölkerung entsprächen würde.

Tabelle: Sterberaten in Abhängigkeit der Wahl der Standardbevölkerung

Kardiovaskuläre Erkrankungen 2016 (ICD-10)	Sterbefälle Anzahl		Standardbevölkerung Deutschland Zensus 2011 Sterbefälle je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert		Alte Europastandardbevölkerung Sterbefälle je 100 000 Einwohner, alters- und geschlechtsstandardisiert	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Krankheiten des Kreislaufsystems I00-I99	152 820	185 867	325	404	216	145
Ischämische Herzkrankheiten I20-I25	66 789	55 485	144	121	95	44
Myokardinfarkt I21-I22	28 130	20 539	63	46	42	18

Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de. Die Tabelle wurde von Ingrid Mühlhauser erstellt.

Bestimmung der Todesursachen bei alten Menschen störanfällig

Ob schließlich bei den über 80-jährigen Frauen kardiovaskuläre Erkrankungen tatsächlich so häufig wie gezählt die Todesursache sind, bleibt zumindest fraglich. Die Bestimmung und Klassifizierung der Todesursachen ist bekanntlich störanfällig, zumal „Altersschwäche“ als Kategorie in der Todesursachenstatistik nicht vorgesehen ist. Auch Kodierungen wie „Herzschwäche“ oder verschiedene Herzrhythmusstörungen werden von der [WHO](http://www.who.int) als ungeeignet gewertet (2,3).

Eventuelle Verzerrungen durch Fehlkodierungen von Todesursachen bleiben auch bei Altersstandardisierung von Mortalitätsdaten bestehen.

Fazit

Insgesamt gehen die altersstandardisierten Sterberaten an ischämischen Herzerkrankungen in Deutschland kontinuierlich zurück. Die Kommunikation von Sterbedaten ohne angemessene Berücksichtigung der Altersstruktur ist irreführend.

Die vorliegende Evidenzgrundlage eignet sich nicht dafür, den Frauen Angst zu machen. Ihr Risiko für einen kardiovaskulären Tod bleibt bis ins hohe Alter niedriger als das der Männer.

Ebenso wenig ist ein abrupter Anstieg der kardiovaskulären Mortalität nach der Menopause zu erkennen. Die vorliegenden Daten eignen sich nicht zur Stützung der These, dass eine Hormontherapie dieses Risiko senken könnte.

Fragen zu möglichen Verzerrungen der Todesursachenstatistiken für hochbetagte Bevölkerungsgruppen bleiben offen.

Literatur

- 1) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland, Robert Koch-Institut, Berlin 2020
- 2) Madea B, Rothschild M. Ärztliche Leichenschau. Feststellung der Todesursache und Qualifikation der Todesart. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(33): 575–88 DOI: 10.3238/arztebl.2010.0575
- 3) Mikkelsen, L, Richards, N, Lopez, AD. Redefining 'garbage codes' for public health policy; 2019. <https://crvsgateway.info/file/16948/276>

Kontakt: Ingrid Mühlhauser, Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de