Lauterbachs Erkenntnisse zu Deutschlands mangelnder Leistung in Bezug auf die Lebenserwartung

Der deutsche Lebenserwartungsnachteil wächst

Die beiden Kölner Professoren Dr. Stephan Baldus (Direktor der Klinik III für Innere Medizin der Universitätsklinik Köln) und Dr. Karl Lauterbach (1997 zum Professor für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie an die Universität zu Köln berufen, doch seit 2005 als Abgeordneter nach § 5 des Abgeordnetengesetzes beurlaubt und aktuell Bundesgesundheitsminister (20. Legislaturperiode 2021–2025)) haben ein gemeinsames, wenn auch kurzes Papier geschrieben. Es nennt sich „Präventionsorientierte Gesundheitsversorgung in Deutschland – eine Nation, die eine Trendwende braucht" und ist in englischer Sprache am 31. Juli dieses Jahres im Open-Access-Journal „European Journal of Epidemiology" (Springer) erschienen.

>> In diesem Artikel (1) mahnt das Autoren-Duo davor, dass sich der Rückgang der Sterblichkeit in den Industrieländern in letzter Zeit trotz erheblicher Steigerungen der Gesundheitsausgaben verlangsamt habe und es außerdem stichhaltige Belege aus europäischen Ländern gebe, dass der Gesamtgewinn an Lebenszeit offenbar durch eine Zunahme der Jahre mit Behinderungen teuer erkauft werde. Die Beiden zitieren hier das Autorenteam um Jasilionis (10), das „ein düsteres Bild über die Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland" gezeichnet habe, da mittels vergleichender Analysen der Lebenserwartung auf Basis von Sterbetafeln der Datenbank zur menschlichen Sterblichkeit und anschließender alters- und ursachenspezifischer Zerlegung stichhaltige Belege dafür geliefert worden seien, dass „Deutschland im Vergleich zu anderen entwickelten Ländern bei der Steigerung der Lebenserwartung derzeit unterdurchschnittlich" abschneide.

Die beiden Autoren beschreiben die von Jasilionis et al. für Deutschland vorgelegten Daten als „alarmierend", es gebe indes „auch Grund zur Ermutigung". Denn Deutschland verfüge über ein hoch entwickeltes und leicht zugängliches Gesundheitssystem, zudem sei das Land bekannt für seine makroökonomische Leistungsfähigkeit. Baldus und Lauterbach hoffen daher, dass „eine starke und landesweite Initiative zur Primärprävention möglich" sein sollte. Ein solches Programm hätte, so das Autoren-Duo, „das Potenzial, sowohl im Hinblick auf die Senkung der Sterblichkeit als auch der Gesundheitskosten hocheffizient zu sein". So sei aus anderen in ihrem Artikel zitierten Quellen bekannt, dass „die Zahl der erforderlichen Untersuchungen zur Verhinderung eines Todesfalls beim Screening auf Dyslipidämie oder Bluthochdruck etwa zehnmal niedriger seien als bei Programmen zur Bekämpfung von Krebs bzw. Hepatitis – und damit äußerst kosteneffizient". Ihrer Meinung nach könnte „eine Verbesserung der Primärprävention für Herz-Kreislauf-Erkrankungen letztlich auch die Gesundheitsausgaben senken".

In ihrem Fazit schreiben sie, dass eine Senkung der kardiovaskulären Sterblichkeit in Deutschland dringend erforderlich sei und gemeinsame Anstrengungen von Primär- und Tertiärversorgern, Forscher:innen und Politiker:innen gefordert seien. Baldus/Lauterbach: „Es müssen Initiativen ergriffen werden, die dazu beitragen, das Ernährungsverhalten auf öffentlicher und individueller Ebene zu ändern, leistungsfähige Screening-Programme zu implementieren, die Einhaltung von Leitlinien in der Primärversorgung zu verbessern und neue Behandlungsstrategien auf der Grundlage der Digitalisierung und einer angemessenen Zuweisung von Forschungsmitteln zu entwickeln." Auch müsse ein aggressiveres Vorgehen gegen den Tabakkonsum in Betracht gezogen werden, was letztlich dazu beitragen würde, nicht nur die numerische Lebenserwartung insgesamt zu erhöhen, sondern auch die Zahl der Jahre ohne Behinderung – das sei das „wichtigste Ziel der Prävention und Früherkennung chronischer Krankheiten". Wenn dies gelinge, könnte Deutschland vom Saulus zum Paulus der Herz-Kreislauf-Prävention werden und sich „zum Vorbild für ein modernes bundesweites präventionszentriertes Gesundheitskonzept mit dem Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen" entwickeln.

Der Artikel von Baldus und Lauterbach ist eine von den beiden kommentierte und angereicherte Weiterführung des am 25. April 2023 ebenfalls im Springer-Journal „European Journal of Epidemiology" erschienenen Artikels „Die unzureichende Lebenserwartung in Deutschland" (2) von Dr. Domantas Jasilionis. Der Wissenschaftliche Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock und seine drei Mitautor:innen Alyson A. van Raalte (ebenfalls Max Planck, Rostock) sowie Sebastian Klüsener und Pavel Grigoriev (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden) untersuchen in ihrer Studie die langjährige deutsche Lebenserwartung im Vergleich zu sechs ebenso einkommensstarken Ländern mithilfe demografischer Methoden und einer Todesursachenanalyse. Als da sind:

- Schweiz (bei der Lebenserwartung von Männern konstant führend),
- Frankreich (bekannt für eine besonders niedrige Sterblichkeitsrate im höheren Alter)
- Japan (weist seit mehreren Jahrzehnten die höchste Lebenserwartung für Frauen auf)
- Spanien (das Japan als nächsten Spitzenreiter bei der Lebenserwartung überholen wird)
- Vereinigtes Königreich und USA (verzeichnen in letzter Zeit eine gut dokumentierte Verlangsamung der Sterblichkeit)

Mit dem Studienziel herzufinden, ob Deutschland trotz Beibehaltung höherer Gesundheitsausgaben „seinen eigenen, wenig überzeugenden Weg der Lebenserwartung eingeschlagen" hat, kommt das Autoren-Quartett auf interessante Erkenntnisse bei der von ihnen nach Alter zerlegten Lebenserwartung. Sie detektieren hierzulande eine erhöhte Sterblichkeit bei Männern im Alter von 65 Jahren und älter, wobei diese „durchweg den größten Beitrag" zur Lebenserwartungslücke zwischen Deutschland und Japan, der Schweiz, Frankreich und dem Vereinigten Königreich dargestellt hätte. Der zweitgrößte Beitrag zu diesem Unterschied sei die Übersterblichkeit im Alter von 50 bis 64 Jahren (außer im Vergleich zu Frankreich) gewesen.

Bei Frauen hingegen sehe das Muster anders aus: Hier trage die höhere Sterblichkeit im Alter von 65 bis 79 Jahren „erheblich zur Lebenserwartungslücke" bei. Doch anders als bei Männern sei bei Frauen der Beitrag der höheren Sterblichkeit im Alter von 80+ Jahren entscheidend für den Langlebigkeitsunterschied zwischen Deutschland und den vier führenden Ländern, insbesondere im jüngsten Zeitraum.

Die Dekomposition zeige zudem auch Unterschiede in der Altersstruktur der

Sterblichkeit zwischen Deutschland und dem Vereinigten Königreich und den USA. So weise Deutschland beispielsweise eine niedrigere Sterblichkeit in den meisten Altersgruppen, aber eine höhere Sterblichkeit im Alter von 80 Jahren und älter auf. Zudem sei die Streuung des Alters beim Tod in Deutschland geringer als bei den anderen Schlusslichtern der Lebenserwartung, wie dem Vereinigten Königreich und den USA. Ihre Ergebnisse, so die Autor:innen, würden bestätigen, dass

(a) der langsamere Fortschritt bei der Lebenserwartung in Deutschland nicht durch eine zunehmende Heterogenität im Gesundheitszustand der Bevölkerung ausgelöst werde, die auf Sterbefälle im erwerbsfähigen Alter zurückzuführen ist; und
(b) hauptsächlich der Sterblichkeitsnachteil bei Menschen im höheren Alter, insbesondere bei denjenigen, die nahe am modalen (typischsten) Sterbealter sind, der Auslöser sei.

Das Autorenteam untersuchte auch, ob das schlechte Abschneiden Deutschlands bei der Lebenserwartung, wie oft vermutet, hauptsächlich zurückgeführt werden könne auf

1) Herz-Kreislauf-Erkrankungen und eine
2) insuffiziente Behandlung chronischer und altersbedingter Krankheiten.

In der Tat, so Jasilionis et al., zeige eine ursachenspezifische Zerlegung der Lebenserwartung im Vergleich zu den leistungsstärksten Ländern – darunter Japan, die Schweiz und Spanien –, dass Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (CVD) tatsächlich die Hauptverantwortlichen für diesen Nachteil seien. Diese große Gruppe von Todesursachen sei in allen Untersuchungszeiträumen am stärksten vertreten gewesen, obwohl in Deutschland insgesamt Fortschritte bei der Reduzierung der CVD-Sterblichkeit erzielt worden seien. Jedoch sei über den Untersuchungszeitraum hinweg der Anteil des Lebenserwartungsrückstands, der auf die überhöhte CVD-Sterblichkeit in Deutschland zurückzuführen sei, hoch geblieben oder sogar noch weiter gestiegen.

Der wachsende Lebenserwartungsnachteil Deutschlands im Vergleich zu den leistungsstärksten Ländern wird nach Meinung des Autoren-Quartetts auch deutlich, wenn man die jüngsten jährlichen Trends der standardisierten Sterberaten aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter von 50 bis 64 und 65+ betrachtet. So habe Deutschland das 21. Jahrhundert mit einer höheren Rate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen als die führenden Länder begonnen, aber dann langsamere Fortschritte oder sogar Anzeichen einer Stagnation des Rückgangs der CVD-Sterblichkeit nach 2010 verzeichnet. Doch sei ein besonders „besorgniserregender Trend" während des Untersuchungszeitraums die systematisch höhere vorzeitige CVD-Sterblichkeit im Alter von 50 bis 64 Jahren in Deutschland gewesen, wobei die Sterblichkeit bei deutschen Männern und Frauen doppelt so hoch wie in der führenden Gruppe der führenden Länder, mit Ausnahme der USA und des Vereinigten Königreichs, ausgefallen sei.

In ihrem Fazit schreiben die Autor:innen, dass Deutschlands Leistung in Bezug auf Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren sogar noch schlechter sei, weil bei diesem Indikator für Männer Deutschland sogar hinter den USA zurückliege, einem „bekannten Underperformer" in der betrachteten Ländergruppe. Was die Langlebigkeit betreffe, seien Deutschland und die USA deutlich unterdurchschnittlich, obwohl ihre Gesundheitsausgaben ähnlich hoch oder viel höher sind als in vielen Ländern, die zu den Langlebigkeitsvorreitern gehörten. Die beobachteten Diskrepanzen zwischen Investitionen in das Gesundheitswesen und den Gesundheitsergebnissen der Bevölkerung sollen nach Ansicht der Autor:innen als „ein Warnsignal für die Nachhaltigkeit des gesamten Gesundheitswesens in Deutschland" verstanden werden, da die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in naher Zukunft aufgrund der Bevölkerungsalterung weiter steigen werde.

Limitierend für ihre Ausgaben räumt das Autorenteam um Jasilionis ein, dass sich ihre Erkenntnisse über die potenziellen Determinanten des deutschen Nachteils bei der Lebenserwartung weitgehend auf aggregierte umfragebasierte und routinemäßig erhobene, statistische Daten zu sozioökonomischen, gesundheitsbezogenen Verhalten stützten. Obwohl diese Daten einige statistische Zusammenhänge aufzeigen würden, können sie keine kausale Aussagen treffen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

1: https://doi.org/10.1007/s10654-023-01030-3
2: https://doi.org/10.1007/s10654-023-00995-5

Zitationshinweis

Stegmaier, P: „Der deutsche Lebenserwartungsnachteil wächst", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/23), S. 40–41. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2545

Natural Language Processing

>> Rund 150 Millionen Arztbriefe werden pro Jahr in Deutschland geschrieben. Das kostet Zeit, die an anderer Stelle fehlt. Abhilfe könnte der „Arztbriefgenerator" schaffen, eine Kombination aus Algorithmen und künstlicher Intelligenz, die beim sogenannten Natural Language Processing (NLP) eingesetzt wird. Informationen aus Texten werden hierbei extrahiert und in strukturierter Form zur Verfügung gestellt, wodurch Prozesse wie Qualitätssicherung, die Erstellungen von Statistiken, klinische Entscheidungsunterstützungen und Abrechnungen einfach und schnell möglich sind und neue Texte wie Arztbriefe erzeugt werden können. Ein Prototyp des Arztbriefgenerators soll bereits im kommenden Jahr an der Universitätsmedizin Essen im Zuge des KI.NRW-Flagship-Projekts SmartHospital.NRW getestet werden. Welche Möglichkeiten sich außerdem noch durch NLP für den medizinischen Bereich ergeben, haben Wissenschaftler:innen des Fraunhofer-Instituts für Intelligente Analyse- und Informationssysteme IAIS im neuen Whitepaper „Natural Language Processing in der Medizin" (1) zusammengefasst. <<

1: https://t1p.de/kb0ky

Krebsinzidenz ohne Deprivation

>> „Trends der Krebsinzidenz nach sozioökonomischer Benachteiligung in Deutschland in den Jahren 2007 bis 2018", nennt ein Autorenteam um Dr. Lina Jansen vom Krebsregister Baden-Württemberg ihre registerbasierte Studie. Mit dieser wollen die Autor:innen herausfinden, ob die altersstandardisierte Krebsinzidenz, die in den letzten Jahren für viele Krebsarten zurückgegangen sei, zu einer Verringerung oder Vergrößerung der sozioökonomischen Ungleichheiten bei der Krebsinzidenz geführt hat. Nach ihren Erkenntnissen ist die altersstandardisierte Inzidenz zwischen 2007 und 2018 für Krebs insgesamt und alle Krebsarten (außer Lungenkrebs bei Frauen) stark rückläufig, jedoch unabhängig vom Grad der Deprivation. Allerdings würden Unterschiede in der Größenordnung der Trends zwischen Deprivationsquintilen zu zunehmenden Ungleichheiten im Laufe der Zeit für Krebs insgesamt, aber auch kolorektalen Krebs und Lungenkrebs, führen. Interventionsprogramme für sozioökonomisch benachteiligte und städtische Regionen seien dringend erforderlich. <<

1: https://doi.org/10.1002/ijc.34662