

Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland

Aktuelle Zahlen

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weiterhin die häufigste Todesursache in Deutschland. Mehr als jeder zweite Sterbefall (55%) war im Jahr 2003 darauf zurückzuführen. Krebserkrankungen folgen erst an zweiter Stelle.
- Insgesamt starben 396.622 Deutsche (46%) und zwar 234.412 Frauen und 162.210 Männer an den Folgen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung.
- Circa 90% der an Herz-Kreislauf-Erkrankungen Verstorbenen waren über 65 Jahre alt. Frauen starben prozentual häufiger an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, weil sie durchschnittlich älter werden als Männer.
- In Deutschland wird es im Jahr 2050 noch mehr alte Menschen und somit eine Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen geben. Der Anteil der über 65-Jährigen wird von 10 auf 12% steigen, der Anteil der über 75-Jährigen von 8 auf 17%. Von 1980 bis heute hat die Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen bereits um 26%, die der 65- bis 75-Jährigen um 13% und die der über 75-Jährigen um 36% zugenommen.
- Die Kosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verlagern sich zunehmend in die höheren Altersgruppen. Die Krankheitskosten von über 85-jährigen Frauen sind deutlich höher als die der Männer, und zwar bei ischämischen Herzkrankheiten insgesamt als auch beim akuten Myokardinfarkt etwa drei- bis viermal so hoch und bei der Herzinsuffizienz etwa zweimal so hoch.
- Viele Herzinfarkt-Patienten sind unerkannte Diabetiker: Mehr als die Hälfte aller Patienten, die wegen einer koronaren Herzkrankheit behandelt werden (58%), haben einen unentdeckten Diabetes mellitus oder eine gestörte Glukose-Toleranz.

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Angaben aus dem Statistischen Bundesamt in Wiesbaden, „Herzbericht 2003“ von Dr. Ernst Brucknerberger und aus ersten Ergebnissen des Euro Heart Survey



Jahrestagung des ACC 6.-9. März 2005 in Orlando, Florida

Was gibt es Neues in der Kardiologie?

Im Mittelpunkt der Jahrestagung des American College of Cardiology, zu dem wie in jedem Jahr mehr als 20.000 Kardiologen aus aller Welt angereist waren, standen die neuen Medikamenten-beschichteten Stents. Bei der kardiovaskulären Prävention wurde das Prinzip der stärkeren LDL-Senkung bestätigt und in der Rhythmologie der Benefit der Resynchronisation bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz.

Koronarstenosen werden nur noch selten mit dem Ballon dilatiert. Heutzutage wird meist ein Stent implantiert, denn „gestentete“ Gefäße bleiben länger offen. Doch auch bei den Metall-Gefäßstützen kommt es in bis zu 30% der Fälle zur Restenose. Diesem Problem rücken die Kardiologen jetzt mit Medikamenten-beschichteten Stents zu Leibe. Die Zytostatika, z.B. Tacrolimus oder Paclitaxel, die mehrere Monate lang aus der Beschichtung frei gesetzt werden, wirken der reaktiven Hyperplasie der Gefäßintima und damit dem Lumenverlust entgegen. Bereits die ersten Studien mit antiproliferativ beschichteten Stents zeigten einen durchschlagenden Erfolg. 2002 wurde der erste beschichtete Stent zugelassen. Seither läuft die Stent-Forschung auf Hochtouren. Auf der Jahrestagung des ACC in Orlando war sogar von einer „Stentparade“ die Rede, so viele Stent-Studien wurden präsentiert.

Kurzes Fazit für Nicht-Kardiologen: Im Vergleich zu konventionellen Stents vermindern die beschichteten Gefäßprothesen die Restenose-Rate rund um die Hälfte und erste direkte Vergleichstudien zeigten keine relevanten Unterschiede zwischen einzelnen Produkten.

Selbstaflösende Stents

Ein komplett neuer Ansatz, der von dem deutschen Kardiologen Prof. Raimund Erbel aus Essen vorgestellt wurde, sind Stents, die sich innerhalb von vier bis sechs Wochen von selbst auflösen. Diese aus einer Magnesium-Legierung bestehenden Stützen sind im CT und MRT unsichtbar, d.h. Therapie-Kontrollen können nicht-invasiv mit bildgebenden Verfahren durchgeführt werden.

LDL-Cholesterin: Neuer Zielwert 70 mg/dl?

Bei den LDL-Cholesterinwerten geht es immer weiter nach unten, und da es kaum noch tiefer geht, lautet das neue Paradigma der kardiovaskulären Sekundärprävention: Je niedriger, umso besser. Den jüngsten Beweis lieferte die TNT (Treating to New Targets)-Studie. In dieser Untersuchung wurde das LDL-Cholesterin bei rund 10.000 KHK-Patienten von <130 mg/dl bei Studienbeginn durch 10 mg Atorvastatin auf durchschnittlich 100 mg/dl bzw. durch 80 mg Atorvastatin auf 77 mg/dl gesenkt. Die stärkere Cholesterinsenkung führte innerhalb zu einer signifikant stärkeren Verminderung der kardiovaskulären Ereignisse, wobei allerdings die absolute Risikoreduktion mit 2,2% in fünf Jahren relativ gering ausfiel und die Gesamtmortalität in beiden Gruppen gleich war. Überraschend hoch mit einer relativen Risikoreduktion um 25% war dagegen der präventive Effekt im Hinblick auf den Schlaganfall.

Primärprävention: Risikoabwägung bei ASS für Frauen

In der kardiovaskulären Primärprävention hat ASS verhindert bei Männern Herzinfarkte, aber keine Schlaganfälle. Bei Frauen scheint es anders zu sein. In der Women's Health Study, in der knapp 40.000 Frauen jeden zweiten Tag 100 mg ASS oder Placebo einnahmen, wurden nicht weniger Herzinfarkte und Todesfälle beobachtet, aber signifikant weniger Schlaganfälle. Besonders von der ASS-Prävention hatten die über 65-jährigen Frauen profitiert. Der Preis dafür war allerdings ein signifikant höheres Risiko von gastrointestinalen Blutungen in dieser Gruppe. ➤



ACC Orlando – Eingang zur Industrieausstellung

Herzinsuffizienz: Schrittmacher verlängert Leben

Eine fortgeschrittene Herzinsuffizienz führt häufig zur Reizleitungsstörung, was zur Folge hat, dass die Ventrikel nicht mehr synchron pumpen. In dieser Situation verbessert die kardiale Resynchronisation durch einen Schrittmacher mit ICD (intra-kardialer Defibrillator) die Symptomatik und verlängert gleichzeitig das Leben des Patienten.

In der CARE-HF-Studie wurden 813 Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV, linksventrikuläre Ejektionsfraktion <35%, QRS-Zeit >120 msec und Dyssynchronie) entweder mit den Standardmedikamenten ACE-Hemmer, Betablocker und Diuretika behandelt, oder sie erhielten zusätzlich noch einen Schrittmacher. In den drei Studienjahren verminderte das Gerät das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse signifikant um 37%, die Gesamtsterblichkeit um 36%. Und bei vielen Patienten besserte sich die Symptomatik deutlich.

Hypertonie: Rückenwind für Kalziumantagonisten

Antihypertensiva gehören schon seit längerem zu den Randthemen auf Kardiologiekongressen. Im Vergleich zur interventionel-

len Kardiologie gibt es nur wenig Aufregendes. Meist „kämpfen“ die neueren Substanzen (d.h. AT1-Blocker oder langwirksame Kalziumantagonisten) um einen Vorteil gegenüber den alten Klassen (d.h. Diuretika und Betablocker). Dabei geht es stets um Effekte, die über die Blutdrucksenkung hinausgehen, denn den Druck senken können alle Antihypertensiva in etwa gleich gut.

Vorzeitiger Abbruch nach über 5 Jahren

Die Ergebnisse der ASCOT (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial)-Studie wurden allerdings mit Spannung erwartet. Die Untersuchung war nach 5,4 Jahren vorzeitig abgebrochen worden, die Gründe wurden aber erst jetzt präsentiert. In ASCOT wurden rund 19.000 Hypertoniker mit mindestens drei weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren entweder mit einem Kalziumantagonist plus ACE-Hemmer (Amlodipin/Perindopril) oder einem Betablocker plus Diuretikum (Atenolol/Thiazid) behandelt.

Unter dem Kalziumantagonisten/ACE-Hemmer sank die Gesamtsterblichkeit um 14%, die Schlaganfallrate um 23%, die Rate koronarer Komplikationen um 24%. Das Risiko einer Diabetes-Neumanifestation wurde um 32% vermindert.

Autor: RV ■



71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

31. März bis 02. April 2005 • Mannheim

Das Highlight der deutschen Kardiologie ist die Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), die alljährlich kurz nach Ostern in Mannheim stattfindet. Das Interesse an diesem Kongress ist groß. Die Besucherzahlen steigen stetig und haben in diesem Jahr mit 6.400 den aktuellen Höchststand erreicht. Wissenschaftlich gab es neben Übersichten und Zusammenfassungen der Neuigkeiten vom ACC-Kongress auch einige interessante deutsche Daten sowie viel Politik.

Vorgelegt wurden unter anderem eine neue, für Deutschland spezifische Risiko-Tafel, mit der man anhand von Geschlecht, Alter, systolischem Blutdruck, Gesamtcholesterin und Raucherstatus das individuelle 10-Jahres-Risiko für tödliche Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestimmen kann.

Kein Geld für innovative Stents?

Die antiproliferativ beschichteten Stents beschäftigen auch die deutschen Kardiologen, wobei insbesondere die Kosten hierzulande ein Problem darstellen. Der erste beschichtete Stent kostete rund drei- bis viermal mehr als ein einfacher Metallstent, weshalb die Kassen die Kosten für die neuen Stents in der Regel nicht übernehmen. In einer für das deutsche Gesundheitssystem exemplarischen Zusammenarbeit von Kliniken, Wissenschaft und Krankenkasse wurde deshalb eine Studie zu den klinischen und ökonomischen Effekten der modernen Therapiestrategie auf den Weg gebracht. Die erste Zwischenanalyse wurde in Mannheim vorgestellt. Sie zeigt, dass die initial höheren Krankenhauskosten (5.500 vs. 3.600 €) durch die geringeren Gesamtkosten in den ersten 12 Monaten aufgewogen wurden. ■



DGK-Tagung in Mannheim