

alität kommen. Während weltweit bisher Infektionskrankheiten Platz 1 der Todesursachen einnehmen, wird vorausgesagt, dass kardiovaskuläre Erkrankungen bis zum Jahre 2020 die führende Ursache für Mortalität und Morbidität sein werden. Diese Entwicklung geht einher mit einer zunehmenden Lebenserwartung, wobei insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen erst wesentlich später im Leben des Einzelnen auftreten werden als früher.

Die koronare Herzerkrankung (KHK) hat nach dem Zweiten Weltkrieg in den westlichen Ländern epidemische Ausmaße angenommen. In den USA und anderen westlichen Ländern wurde der Höhepunkt der Epidemie Ende der 60er Jahre erreicht. In vielen westlichen Ländern ist es seither zu einer kontinuierlichen Abnahme der Sterb-

im Ausmaß, ungebrochenen Trend steht die steigende alterskorrigierte Sterblichkeit vor allem in den Ländern des ehemaligen Ostblocks gegenüber.

Große Unterschiede in Europa

Bei gleicher abfallender Tendenz seit 1980 war die Sterblichkeit an kardiovaskulären Erkrankungen in Deutschland etwa gleich hoch wie in Finnland, doppelt so hoch wie in Frankreich und etwa 10 % höher als z. B. in Schweden. Deutliche Unterschiede fanden sich auch in der Häufigkeit der Benutzung einer entsprechenden Krankenhausentlassungsdiagnose.

Akuter Infarkt tot kostet ein Jahrzehnt

Kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität in Deutschland verlangen, dass alle Anstrengungen zur Verhinderung kardiovaskulärer Erkrankungen, zur Erkennung derselben und zur Beherrschung dieser Krankheitsbilder mit Verbesserung der Lebensqualität und Prognose unternommen werden.

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung verliert ein an akutem Myokardinfarkt im Krankenhaus verstorbener Mann elf und eine Frau zehn Jahre ihrer Lebenserwartung. Die Langzeitdaten der nicht verstorbenen akuten Myokardinfarktpatienten zeigen, dass die Lebensdauer nach akutem Myokardinfarkt nicht kurzfristig beendet wird.

CSE-Hemmern

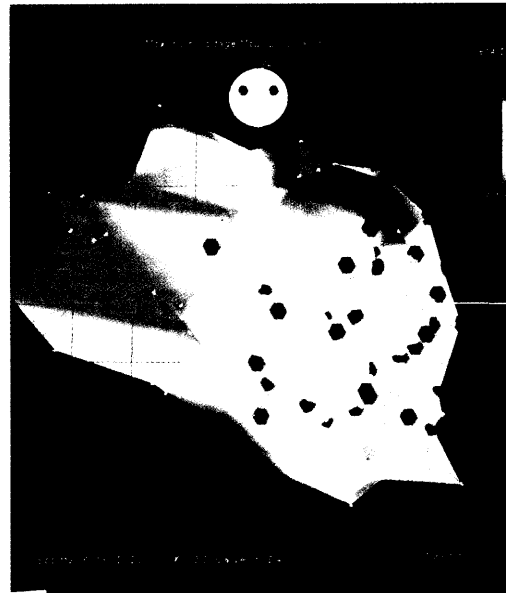
Trotz der belegten Verbesserung der CSE-Hemmer-Therapie nach akutem Myokardinfarkt im zeitlichen Verlauf von 1974 bis 1998 erhielten 1998 immer noch weniger als die Hälfte aller Patienten einen CSE-Hemmer. Gerade von denjenigen Patienten, die von einer CSE-Hemmer-Therapie besonders profitieren, erhielt nur jeder Zehnte diese prognostisch günstige Therapie.

Unterversorgung bei Herzinsuffizienz

Die Mortalität von Patienten mit Herzinsuffizienz in Deutschland ist sehr hoch: in der Klinik 31,5%; und von den lebend entlassenen Patienten sterben weitere 34,6% in den

trägt die hospitale und Langzeitmortalität 55% der lebend in der Klinik aufgenommenen Patienten. Im Vergleich zu Daten aus randomisierten Studien ist die Mortalität in Deutschland wesentlich höher. Durch weitere Verbesserungen der Therapie im klinischen Alltag ist zu erwarten, dass sich die Mortalität in Deutschland weiter senken lässt.

Wenngleich bei schwersten Stadien der Herzinsuffizienz die Möglichkeit der Evaluation zur Herz- oder Herz-Lungen-Transplantation ein mittlerweile bewährtes Verfahren mit Prognoseverbesserung darstellt, ist der plötzliche Herztod in allen entwickelten Industrienationen der westlichen Welt, so auch in der Bundesrepublik, unverändert ein gesundheitspolitisches Problem. (weiter auf Seite 4, Mitte)



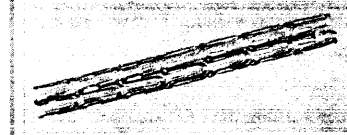
EURODIRECT gestartet

In dieser Studie wird die kathetergestützte direkte myokardiale Laserrevaskularisation (DMR) geprüft. Die Abbildung zeigt eine während der Prozedur erstellte dreidimensionale Landkarte des linksventrikulären Myokards; die braunen Punkte markieren die Position der Laserkanäle. Weitere Informationen zur Studie auf Seite 48.

Herztransplantation: Streit um soziale Kontraindikation

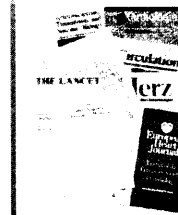
Nach der öffentlichen Polemik hier eine nüchterne Bestandsaufnahme. Ein Gespräch auf S. 3

Stents: Dramatische Unterschiede im Langzeitverlauf



Kritik an (fehlenden) Zulassungsbestimmungen S. 4

Rosinenpicken in der Fachliteratur



Neuigkeiten aus dem internationalen kardiovaskulären Schrifttum

S. 22

Hits aus Amsterdam

Berichte vom Europäischen Kardiologenkongress S. 24-27

Szene

Personen, Posten, Preise S. 28

U&V 81664 München B 48588
 PVSt, DPAG, "Entgelt bezahlt"
 001041083 CN 9 / 00 698
 Deutsche Zentralbibliothek für
 Medizin
 Zeitschriftenstelle
 Joseph-Stelzmann-Str. 9
 50924 Köln

ZS-A
 5095/x