

Journal für
Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

**Risikofaktor niedriges HDL -
Neue therapeutische Optionen.
Satellitensymposium anlässlich
der Jahrestagung der
Österreichischen Gesellschaft
für Innere Medizin - Wien, 16.
September 2004**

**Epidemiologie der
Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Rieder A

*Journal für Kardiologie - Austrian Journal
of Cardiology 2004; 11 (Supplementum D), 3-4*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

www.kup.at/kardiologie

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica



DFP-zertifizierter Livestream mit Dr. Martin Altersberger

Basics des 2D-Strains – Alles easy?

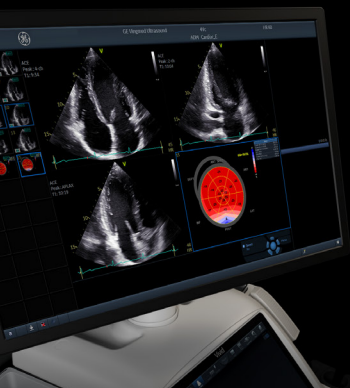
Montag, 31. Jänner 2022 | 16:00 - 18:15 Uhr

In dieser interaktiven Fortbildung möchten wir Ihnen gerne einen Überblick über die Basics des 2D Strains geben:

- Wie funktioniert „**Strain**“?
- Was sind „**Speckles**“?
- Welche **Normwerte** gibt es?
- Was mache ich aus den **Messwerten des rechten Herzens**?
- Kann der **linke Vorhof** auch **Informationen** liefern?

Zudem ist diese Fortbildung **kostenfrei** und mit **3 DFP-Punkten** akkreditiert.

Melden Sie sich gleich über den QR-Code an:



Epidemiologie der Herz-Kreislauf-Erkrankungen

A. Rieder

Weltweit gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den häufigsten Todesursachen. Die führenden Todesursachen sind ischämische Herzerkrankungen (6,3 Millionen Todesfälle 1990) und zerebrovaskuläre Geschehen (4,4 Millionen Todesfälle 1990). Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in westlichen Ländern für 45 % und in Entwicklungsländern für 24,5 % der Gesamtmortalität verantwortlich. Im 21. Jahrhundert werden diese Erkrankungen sowohl in den Industrie- als auch in den Entwicklungsländern weiterhin das Erkrankungsspektrum und die Todesursachenstatistik anführen [1]. Im Jahr 2001 sind in Österreich 27.448 Personen an Herzkrankheiten und 8.153 Personen an Hirngefäßerkrankungen verstorben – insgesamt 47,6 % aller Todesfälle [2].

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die führende Todesursache bei Frauen über dem 65. Lebensjahr und bei Männern ab dem 45. Lebensjahr. Das Lebenszeitrisko für kardiovaskuläre Erkrankungen ist für Männer immer höher als für Frauen, ausgenommen sind Herzinsuffizienz und Schlaganfall, hier ist das Lebenszeitrisko für Frauen höher [3].

Seit 1975 sind die Mortalitätsraten für kardiovaskuläre Erkrankungen in den meisten Ländern um 24–28 % gesunken. Etwa 45 % dieser Reduktion sind der Verbesserung der Therapien für KHK zuzuschreiben, die restlichen 55 % werden einer Reduktion der Risikofaktoren, vor allem dem Rückgang des Rauchens und der Behandlung der Hypertonie, zugeschrieben [4].

Auch wenn es zu einem Rückgang der Mortalität gekommen ist, ist es besonders bei den ischämischen Herzerkrankungen weiterhin unklar, ob die Inzidenz ebenfalls fällt, oder ob der Rückgang der Mortalität lediglich die höhere Überlebensrate widerspiegelt. Diese höhere Überlebensrate ist der verbesserten klinischen Versorgung zuzuschreiben, gleichzeitig ist die Schwere der Fälle durch primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen zurückgegangen.

Die altersspezifische Mortalität nimmt ebenfalls ab, jedoch wird durch den zunehmenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung die Anzahl der Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen absolut gesehen ansteigen [5]. Außerdem könnte es durch die Zunahme der Prävalenz der Adipositas, des Metabolischen Syndroms und des Typ-II-Diabetes, wie auch durch die höhere Prävalenz der Raucherinnen im Vergleich mit jener von vor dreißig Jahren, in den nächsten Jahren und Jahrzehnten wieder zu einem Anstieg der Mortalität kommen.

Diabetiker sind im Vergleich zu Nichtdiabetikern wesentlich häufiger von koronaren Herzerkrankungen betroffen. In den USA werden Diabetes und Glukosetoleranzstörungen für zirka 14 % aller kardiovaskulären Todesfälle verantwortlich gemacht [6]. Mit der steigenden Prävalenz von Adipositas und Typ-2-Diabetes ist auch mit einem Anstieg der Herz-Kreislauf-Mortalität zu rechnen.

Rund 55 % aller Diabetiker haben eine koronare Herzerkrankung. In der Framingham Heart Study hatten männliche Diabetiker das doppelte, Diabetikerinnen sogar das dreifache Risiko für eine koronare Herzerkrankung [7].

Das Risiko für koronare Herzerkrankungen ist bereits vor der Diabetesdiagnose erhöht [8], ein Myokardinfarkt kann das erste Symptom einer Glukosetoleranzstörung bzw. von Diabetes mellitus sein [9]. Zudem ist die Mortalität bei Diabetikern im Vergleich zu Nichtdiabetikern nicht signifikant gesunken [10].

Österreich liegt in bezug auf die Mortalität bei der koronaren Herzkrankheit in einem Vergleich europäischer Staaten sowohl bei Männern wie auch bei Frauen im mittleren Feld. Die osteuropäischen Länder führen die Mortalitätsstatistik an, die mediterranen Länder zeigen bei beiden Geschlechtern die niedrigsten Mortalitätsraten.

Seit 1965 weisen die Mortalitätstrends auf einen deutlichen Rückgang hin. Jedoch ist dieser Rückgang in der männlichen Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten bei den Frauen nicht im gleichen Ausmaß eingetreten. In Österreich könnte man sogar von einer Stagnation oder einem wieder ansteigenden Trend in der Mortalität bei Frauen sprechen.

Vergleicht man Österreich mit ausgewählten Ländern wie Russland, Japan, USA, Ungarn und der EU, so zeigt sich, daß in Österreich die KHK-Mortalität und die Mortalität bei den zerebrovaskulären Erkrankungen über dem EU-Durchschnitt liegt. Russland und Ungarn zeigen heute die höchsten Mortalitätsraten in diesem Vergleich (russische Daten ab 1985 verfügbar), mit zum Teil steigenden Trends bei beiden Geschlechtern. Bei den Trends seit 1965 fallen besonders die starken Rückgänge bei den JapanerInnen bezogen auf die zerebrovaskulären Erkrankungen auf, wie auch die der amerikanischen Bevölkerung in bezug auf die KHK [11].

Innerhalb Österreichs zeigen sich deutliche Unterschiede in bezug auf Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität: es besteht ein deutliches Ost-West-Gefälle. So ist das Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben, in Wien am größten, gefolgt vom Burgenland und von Niederösterreich. Dagegen liegen Vorarlberg und Tirol rund 15 % unter dem österreichischen Durchschnitt. Während sich in allen großen Landeshauptstädten die Sterbeziffern unter dem Bundesdurchschnitt befinden, weist Wien als einzige Stadt eine überdurchschnittliche Herz-Kreislauf-Mortalität auf. Die Unterschiede in der Mortalität, die in bezug auf Gesamtösterreich festzustellen sind, kann man aber auch innerhalb Wiens feststellen. Die alterstandardisierte Sterblichkeit erweist sich in den Wiener Bezirken 10, 11, 15 und 20 als besonders ungünstig, verglichen mit dem Landesschnitt, wobei der 20. Bezirk die höchste Gesamtsterblichkeit (alle Todesursachen) aufweist [5].

Für Gesundheitszustand und Lebenserwartung zeigt sich auch für Wien der wissenschaftlich belegte und vielfach beobachtete – vor allem in Großstädten besonders zum Tragen kommende – Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und Erkrankungs- und Sterberaten.

Lebensstilfaktoren, Gesundheitsverhalten sowie selbstberichtete Beschwerden und Krankheiten dokumentieren und unterstreichen diesen Zusammenhang.

Eine aktuelle Studie basierend auf einer Sonderauswertung des Mikrozensus 1999 [12] vergleicht Wien u. a. in bezug auf

selbstberichtete Krankheiten, Beschwerden, Medikamenteneinnahme, Arztbesuche und Gesundheitsverhalten mit ländlichen Regionen und anderen Städten Österreichs. Mit Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt die Wiener Bevölkerung ebenfalls die höchsten Anteile bei Selbstangaben zu Herzinfarkt und Schlaganfall. 2,2 % der über 50jährigen Wiener Männer mit Pflichtschulabschluß berichten, daß sie innerhalb eines Jahres vor der Befragung einen Herzinfarkt hatten, damit ist dies der höchste Prozentsatz in Österreich. Bei den Frauen liegt der Altersgipfel jedoch bei den 49–59jährigen. 0,5 % der Wienerinnen dieser Altersgruppe hatten innerhalb der 12 Monate vor der Befragung einen Herzinfarkt – im Vergleich zu 0,1 % und 0,2 % im ländlichen Bereich bzw. in anderen Städten [12]. Bei den Hirngefäßkrankungen (Schlaganfall, im letzten Jahr vor der Befragung) zeigt die Altersgruppe der 75jährigen Wiener Männer den höchsten Prozentsatz in den Angaben (5,6 %). Bezieht man in den Vergleich die Ausbildung mit ein, so trifft die Hirngefäßkrankung (Schlaganfall) bereits die Altersgruppe der 25–49jährigen zu 1,5 % in den Selbstangaben, dabei handelt es sich wiederum um Wiener Männer mit Pflichtschulabschluß.

Diese Untersuchung zeigt auch für Österreich das erhöhte Herz-Kreislauf-Risiko der DiabetikerInnen. Personen, die an Diabetes mellitus leiden, haben ein signifikant höheres Risiko, auch von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen zu sein (Odds Ratios betragen 2,20 für Herzkrankheiten, 2,36 für Herzbeschwerden, 2,79 für Hirngefäßkrankungen, 2,25 für Gefäßstörungen an den Beinen, $p > 0,01$) [13].

Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihren 21 Gesundheitszielen für das Jahr 2020 für die europäische Region in Ziel 8 unter anderem formuliert, die Sterblichkeit bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Gruppe der unter 65jährigen um weitere 40 % zu senken [14]. Um sich diesem Ziel annähern zu können, bedarf es auch entscheidender Präventionsmaßnahmen.

Es gibt hinreichend Beweise dafür, daß Präventionsprogramme machbare und kosteneffektive Wege sind, um die Herz-Kreislauf-Mortalität zu senken und Beeinträchtigungen durch diese Erkrankungen zu reduzieren. Für die WHO hat

die Implementierung der Programme höchste Priorität erreicht, da der Einfluß der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in allen sozioökonomischen Gruppen weiter zunehmen wird und auch die Kosten durch diese Erkrankungen noch erheblich ansteigen werden.

Literatur:

1. Murray DM, Hannan PJ, Jacobs DR, McGovern PJ, Schmid L, Baker WL, Gray C. Assessing intervention effects in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 91–103.
2. Statistik Austria. Statistisches Jahrbuch 2003. www.statistik.at
3. Peeters A, Mamun AA, Willekens F, Bonneux L. A cardiovascular life history, a life course analysis of the original Framingham Heart Study cohort. *Eur Heart J* 2002; 23: 458–66.
4. Hennekens CH. Primary prevention of cardiovascular disease and stroke. *UpToDate* (2003).
5. Rieder A. Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2000/2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Wien. Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II – Gesundheitsplanung, 2000/2, Wien 2001.
6. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhard MS, Goldstein DE, Little RR, Wiedmeyer HM, Byrd-Holt DD. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Diabetes Care* 1998; 21: 518.
7. Kannel W, McGee D. Diabetes and cardiovascular risk factors: The Framingham Study. *Circulation* 1979; 59: 8.
8. Hu FB, Stamper MJ, Haffner SM, Solomon CG, Willett WC, Mason JE. Elevated risk of cardiovascular disease prior to clinical diagnosis of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 1129.
9. Norhammar A, Tenerz A, Nilsson G, Hamsten A, Efendic S, Ryden L, Malmberg K. Glucose metabolism in patients with acute myocardial infarction, and no previous diagnosis of diabetes mellitus: A prospective study. *Lancet* 2002; 359: 2140.
10. Gu K, Cowie CC, Harris MI. Diabetes and decline in heart mortality in US adults. *J Am Med Assoc* 1999; 28: 1291–7.
11. Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. *Heart* 2002; 88: 119–24.
12. Rieder A, Neuwirth N, Schwarz F, et al. Großstadtfaktor Wien – Demographische, soziale Ungleichheiten bei selbstberichtetem Gesundheitsverhalten, Gesundheitsstatus, Konsum medizinischer Leistungen. Projektbericht Wien 2003, Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien, Wiener Ärztekammer, Österreichisches Institut für Familienforschung, Wien 2003.
13. Rieder A, Rathmanner T, Kiefer I, Domer T, Kunze M (Projektleitungsteam). Österreichischer Diabetesbericht 2004, unveröffentlicht.
14. WHO. Health21 – a new opportunity for action. WHO Europe 2002.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Anita Rieder
 Institut für Sozialmedizin
 Medizinische Universität Wien
 A-1090 Wien, Rooseveltplatz 3
 E-Mail: anita.rieder@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

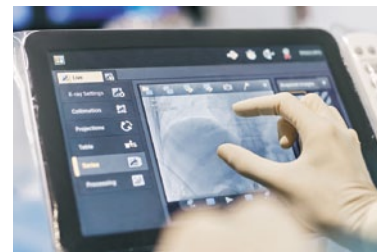
[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)