

1 Einleitung

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit wird im Wesentlichen verursacht durch eine Arteriosklerose. Sie ist eine häufige Erkrankung des älteren Menschen und führt zur Einschränkung von Mobilität, sozialer Integration und Lebensqualität.

Große Populationsstudien zeigen, dass 7% der über 65-Jährigen an einer symptomatischen und 20% an einer asymptomatischen PAVK leiden (Hughson et al., 1978, De Backer et al., 1997, Fowkes et al., 1991).

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist eine Zunahme der Krankheitshäufigkeit zu erwarten. Diese Zahlen machen deutlich, dass die periphere arterielle Verschlusskrankheit eine große gesundheitspolitische und auch gesundheitsökonomische Bedeutung hat, die bisher unterschätzt wird, denn nur bei einem Drittel der Patienten mit PAVK wird die Erkrankung diagnostiziert und behandelt (Dormandy et al., 1995).

Nur ein Viertel der Patienten mit vaskulär bedingter Claudicatio intermittens erleidet eine lokale Progression. Zwischen 3 und 22% benötigen einen revaskulierenden Eingriff. Bei 4 - 12% wird innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren eine Majoramputation notwendig (Kannel et al., 1970, Widmer et al., 1979).

Der Krankheitsverlauf von PAVK – Patienten ist durch eine sehr hohe Mortalität gekennzeichnet. Die Fünf-, Zehn- und Fünfzehnjahresmortalität beträgt 30%, 50% bzw. 70% und ist damit vergleichbar mit der einer malignen Erkrankung. Diesen Zusammenhang haben BALAS et al. (2000) demonstriert (siehe Abbildung 1).

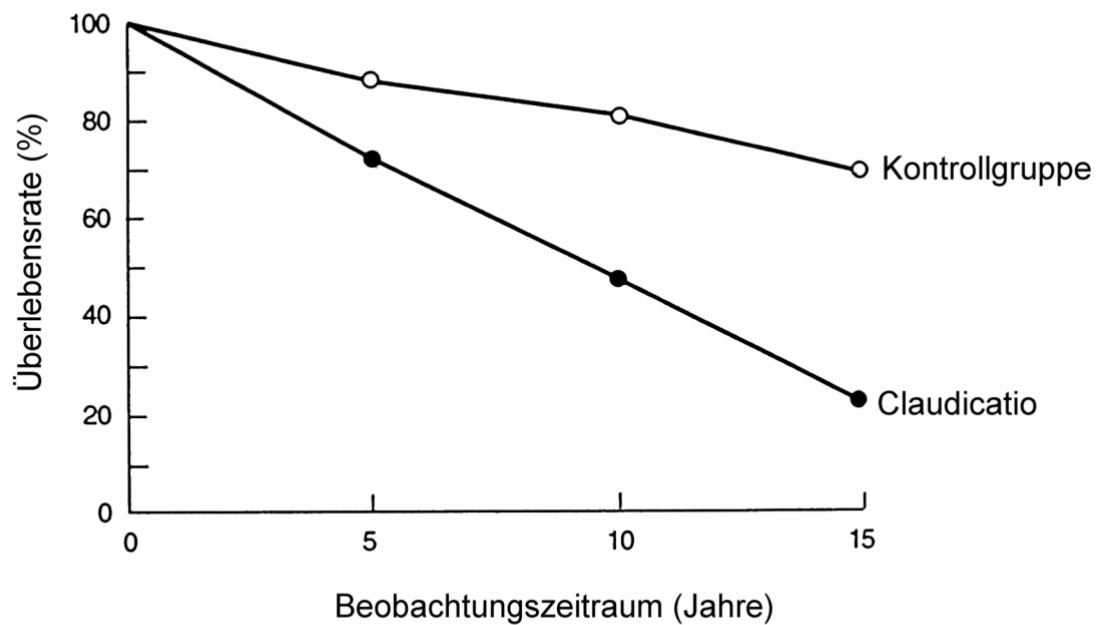
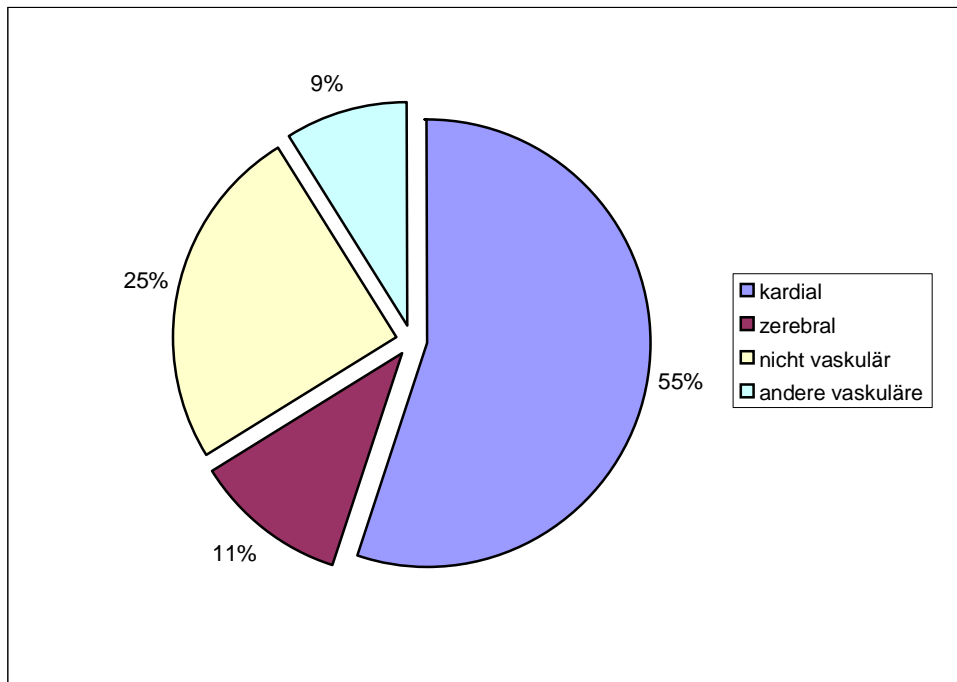


Abb. 1

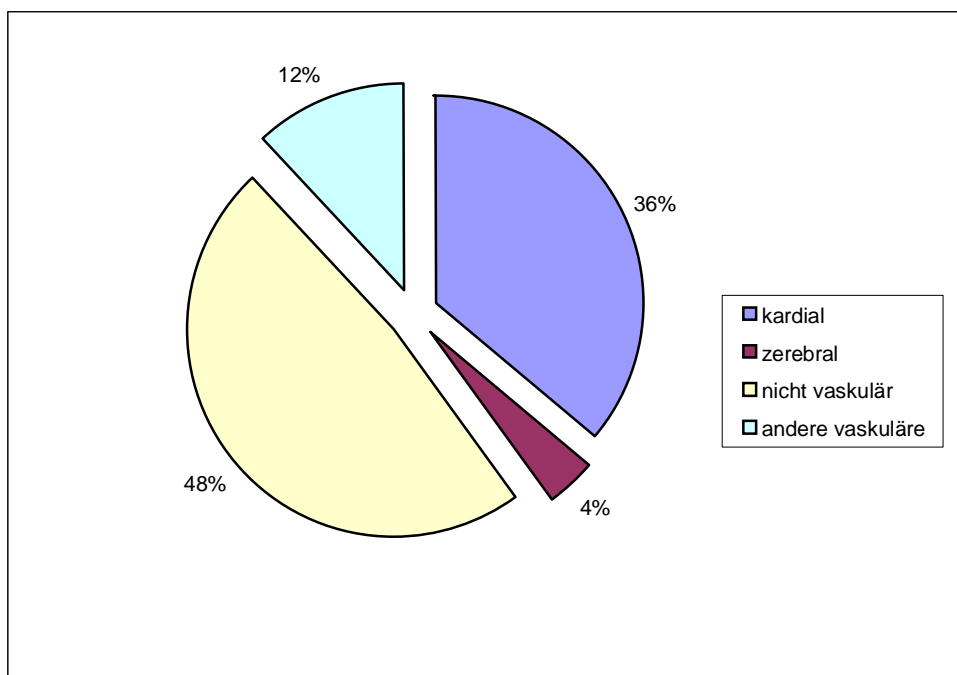
Verminderte Überlebensrate von Patienten mit vaskulärer Claudicatio intermittens im Vergleich zu Kontrollpersonen (nach BALAS et al., 2000)

Aufgrund des Systemcharakters der Arteriosklerose stellen PAVK - Patienten eine Hochrisikogruppe hinsichtlich kardiovaskulärer und zerebrovaskulärer Morbidität und Mortalität dar. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes von 1996 ist die Todesursache der PAVK - Patienten zu 55% kardial bedingt, zu 11% zerebrovaskulär, zu 9% durch andere vaskuläre Ereignisse, z. B. durch ein rupturiertes Aortenaneurysma. Nur 25% nichtvaskuläre Todesursachen kommen bei PAVK-Patienten vor.

In Abbildung 2 werden Todesursachen von PAVK-Patienten und der allgemeinen Bevölkerung vergleichend gegenübergestellt.



a)



b)

Abb. 2

Todesursachen bei PAVK - Patienten (a) im Vergleich zur Häufigkeit von Todesursachen in der Bevölkerung (b) nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 1996

Standards in der Diagnostik von Patienten mit PAVK sind unter dem Aspekt der Qualitätssicherung notwendig, aber derzeit noch nicht ausreichend implementiert. Diagnostische Strategien, die ein systematisches Screening von PAVK - Patienten hinsichtlich einer asymptomatischen koronaren und zerebralen Beteiligung einschließen, bedürfen in Bezug auf Ihre Kosteneffektivität weiterer Untersuchungen. Klinische Studien zielen darauf ab, im Rahmen der individuellen Risikostratifizierung neue Marker und Indikatoren des Progressions- und Generalisationsrisikos zu evaluieren, die eine wirksamere Therapie und Prävention der Gefäßkrankheit ermöglichen. Durch eine Progressionshemmung, wenn möglich Regression, können klinische ischämische Ereignisse verhindert, Verlauf und Prognose verbessert werden.