

Aktuelles Interview

Düstere Daten aus der Praxis-Realität

Zur medikamentösen Standardtherapie bei koronarer Herzkrankheit gehört die Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern, Betablockern, ACE-Hemmern und natürlich Statinen. Doch wie selbstverständlich ist dies in der Realität? Auch für den niedergelassenen Kardiologen spannende Daten zur tatsächlichen Versorgung von KHK-Patienten in der hausärztlichen Praxis lieferte unlängst die DETECT-Studie. Über die wichtigsten Ergebnisse der Studie sprachen wir mit Prof. Dr. Sigmund Silber, München, dem Ersten Vorsitzenden des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK).



Prof. Dr. Sigmund Silber

Herr Professor Silber, Sie waren maßgeblich an der epidemiologischen DETECT-Studie beteiligt, mit der eine Analyse des kardiovaskulären Risikoprofils in Hausarztpraxen vorgelegt wurde. Welche Ziele verfolgte die Untersuchung?

Die DETECT-Studie ist eine epidemiologische Studie der Technischen Universität Dresden in Zusammenarbeit mit dem Max-Planck-Institut München. Ziel war es, eine repräsentative Umfrage in 3.500 hausärztlichen Praxen zur aktuellen Versorgungsforschung zu ermitteln. An einem halben Stichtag im September 2003 wurden alle konsekutiven Patienten in die Studie aufgenommen. Insgesamt verfügen wir somit über einen Datensatz von 55.518 Patienten – eine für Deutschland einmalige Datenbank.

Würden Sie bitte für unsere Leser die Resultate der DETECT-Studie kurz zusammenfassen?

Bei 6.895 der 55.518 Patienten war eine KHK bekannt. Das Risikoprofil entspricht den allgemein bekannten Häufigkeiten, jeder dritte Patient mit KHK hatte einen Diabetes mellitus, im Gegensatz hierzu waren 12 % der Patienten ohne KHK Diabetiker. Insgesamt beträgt die Prävalenz der KHK in der hausärztlichen Praxis zirka 18 % der Männer und neun Prozent der Frauen, also hat zirka jeder fünfte Patient, der eine hausärztliche Praxis betritt, eine KHK und zirka jede zehnte Frau.

Welche Resultate sind nach Ihrer Meinung besonders wichtig für die in der „primary care“ tätigen Ärztinnen und Ärzte?

Bezüglich der medikamentösen Therapie der KHK gab es überraschende Ergebnisse: Lediglich 53 % der Patienten hatten eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern, 57 % mit Betablocker, 50 % mit einem ACE-Hemmer und nur 43 % mit einem Statin. Wenn man bedenkt, dass diese vier Substanzgruppen Standardtherapie der KHK sein sollten, dann muss man von einer erheblichen Unterversorgung der KHK-Patienten in Deutschland sprechen. Überraschend war auch der hohe Anteil an Patienten mit Langzeitnitraten von zirka 25 %.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis zeigte, dass Frauen mit KHK signifikant seltener die oben genannten Medikamente zur Sekundärprävention erhalten als Männer, andererseits aber Privatpatienten häufiger diese Medikamente erhalten als Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung.

In wieweit besteht hier aufgrund der Resultate der DETECT-Studie gesundheitspolitischer Handlungsbedarf, von Seiten des Gesundheitsministeriums oder auch von Seiten des IQWiG?

Das IQWiG ist ein beratendes Institut, welches ausschließlich auf Anträge entweder des Gesundheitsministeriums oder des gemeinsamen Bundesausschusses tätig wird und dem Auftraggeber entsprechende Empfehlungen

gen zukommen lässt. Ich gehe davon aus, dass das IQWiG durchaus die internationalen Leitlinien zur Therapie der KHK mit Kombination dieser vier Substanzgruppen unterstützt, da diese Medikamente zur Sekundärprävention bei bekannter KHK evidenzbasiert eingesetzt werden sollen. Somit sehe ich grundsätzlich für das IQWiG bezüglich der DETECT-Ergebnisse keinen Handlungsbedarf. Anders ist dies für das Gesundheitsministerium: Offensichtlich haben viele Ärzte so enorme Angst vor einer möglichen Regression, dass sie insgesamt „auf die Bremse“ drücken. Ein Statinanteil von 43 % bei Patienten mit bekannter KHK ist inakzeptabel.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie vor dem Hintergrund begrenzter Budgets noch kurz auf die recht unterschiedlichen Daten der ALLHAT-Studie und des ASCOT-Trials ansprechen, die bei einigen niedergelassenen Kollegen Verwirrung gestiftet haben dürften. Die amerikanische ALLHAT-Studie sagte aus, dass zur Therapie der Hypertonie die „alte“ und wesentlich preisgünstigere Kombination aus Betablocker und Diuretikum gegenüber einer neueren (ACE-Hemmer + Kalziumantagonist) zumindest äquivalent sei. Die europäische ASCOT-Studie zeigt dagegen für die neue Kombination ACE-Hemmer plus Kalziumantagonist klar bessere Ergebnisse als für Betablocker plus Diuretikum. Worauf führen Sie die abweichenden Ergebnisse zurück?

Über die ALLHAT-Studie ist schon viel geschrieben und gesagt worden. Die ALLHAT-Studie hat eine Reihe von bekannten Limitationen, insbesondere sind die einzelnen Therapiegruppen nicht ganz sauber getrennt analysiert worden. Die ASCOT-Studie ist prospektiv und randomisiert und für mich wissenschaftlich aussagekräftiger als die ALLHAT-Studie. Am besten, Sie fragen die Ärzte selber, welche Kombination sie bevorzugen würden, wenn sie eine arterielle Hypertonie hätten. Ich bin sicher, dass die meisten Ärzte die Kombination mit dem ACE-Hemmer im Vergleich zu einem Betablocker klar bevorzugen würden. ○

Herr Prof. Silber, haben Sie vielen Dank für das Gespräch.

Prof. Dr. med. Sigmund Silber, München

1. Vorsitzender des Bundesverbandes

Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)

Am Isarkanal 36, 81379 München

Telefon: 089-74215130, Fax: 089-74215131

sigmund@silber.com

http://www.sigmund-silber.com