

Inhalt

- XX** Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur koronaren Stentimplantation **Vermeidung von Tod und lebensbedrohlichen Komplikationen durch zusätzliche Gabe von Clopidogrel**
- XX** V. Jahrestagung der Stiftung DHD „**Metabolisches Syndrom**“ – **Didaktik oder mehr?**
- XX** Förderpreis 2005 der Stiftung DHD **Progenitorzellen als KHK-Risikomarker**
- XX** Neue Leitlinien der Hochdruckliga **Stärkere Betonung der Praxisprobleme – europäisches Risikokonzept als Leitfaden**
- XX** Jahrestagung der AHA in Dallas, Teil 2 **„Unsere Gesundheit wird sabotiert“**
- XX** Spezialisierte Einrichtung mit Fachkompetenz **40 Jahre Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen**
- XX** Arzneimittelversorgung **Bonus-Malus-Regelung – noch eine härtere Gangart?**
- XX** Service

Verantwortlich:
 Dr. med. Rolf Dörr
 Praxisklinik
 Herz und Gefäße
 Heinrich-Cotta-Straße 12
 D-01324 Dresden
 Telefon (0351) 26936505
 Fax (0351) 26936506
 E-Mail: doerr@praxisklinik-dresden.de
 www.praxisklinik-dresden.de

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur koronaren Stentimplantation*

Vermeidung von Tod und lebensbedrohlichen Komplikationen durch zusätzliche Gabe von Clopidogrel

Sigmund Silber¹, Michael Böhm², Martin Gottwik³, Martin Borggrefe⁴, Rainer Dietz⁵

¹Kardiologische Gemeinschaftspraxis und Praxisklinik, München

²Universitätsklinikum des Saarlandes, Innere Medizin III, Kardiologie und Angiologie, Homburg/Saar

³Klinik für Kardiologie, Klinikum Nürnberg

⁴Universitätsklinikum Mannheim, I. Med. Klinik, Mannheim

⁵Charité – Universitätsmedizin Berlin, Med. Klinik – Kardiologie, Campus Virchow-Klinikum und Campus Berlin-Buch

Die „duale Plättchenhemmung“ mit Acetylsalicylsäure (ASS) und Clopidogrel ist entscheidend in der Nachbehandlung der koronaren Stentimplantation zur Verhinderung einer Stentthrombose. Für diese Indikation ist Clopidogrel aber nicht zugelassen, und somit stellt die Verschreibung von Clopidogrel hier eine Arzneimittelverordnung außerhalb des Zulassungsbereiches dar („off-label use“). Aufgrund zunehmender Regressanträge der Krankenkassen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Empfehlung ausgesprochen, grundsätzlich bei geplanter Verordnung von Arzneimitteln außerhalb ihres Zulassungsbereiches vor (!) der Verschreibung eine schriftliche Erklärung der zuständigen Krankenkasse einzuholen. Alternativ wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgeschlagen, Clopidogrel nach Stentimplantation auf Privatrezept zu verordnen.

Unter der Federführung von Prof. Sigmund Silber, 1. Vorsitzender des BNK, wurde ein ausführliches Positionspapier erarbeitet: Im Fall der Nachbehandlung einer koronaren Stentimplantation ist das von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgeschlagene Vorgehen strikt abzulehnen, da nach der Entlassung der Patienten eine lebensbedrohliche therapeutische Behandlungslücke entstehen würde. Die Krankenkassen müssen die Kosten für die Clopidogrelverschreibung nach Stentimplantation übernehmen, auch wenn es für diese Indikation nicht zugelassen ist.

Das Thienopyridinderivat Clopidogrel ist zugelassen zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei:

- Patienten mit Herzinfarkt (bis zu 35 Tage zurückliegend).
- Patienten mit ischämischem Schlaganfall (7 Tage–6 Monate zurückliegend).
- Patienten mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit.
- Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung in Kombination mit ASS.

Das Dilemma

Die „duale Plättchenhemmung“ mit ASS und Clopidogrel (Plavix® oder Iscover®) ist entscheidend in der Nachbehandlung der koronaren Stentimplantation zur Verhinderung einer Stentthrombo-

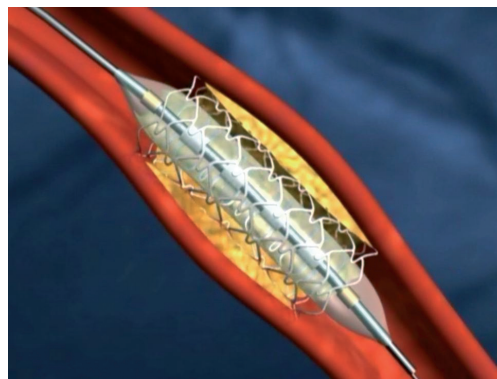


Abbildung 1. Die DGK empfiehlt 1 Monat nach Implantation eines unbeschichteten und 6–12 Monate nach Implantation eines Medikamenten freisetzenden Stents die Einnahme von 75 mg/d Clopidogrel.

se. Die koronare Stentthrombose ist eine lebensbedrohliche Erkrankung mit hoher Mortalität: Sie führt bei 80% der Patienten zu einem Herzinfarkt, ihre Mortalität beträgt 45%. Für die Verhinderung einer Stentthrombose ist Clopidogrel aber nicht zugelassen. Somit stellt die Verschreibung von Clopidogrel in dieser Indikation eine Arzneimittelverordnung außerhalb des Zulassungsbereiches dar („off-label use“). Eine Nichtverordnung von Clopidogrel in dieser Indikation würde bedeuten, dass in Deutschland mit jährlich ca. 6200 schwerwiegenden Komplikationen (auch mit Todesfolge) zu rechnen wäre.

Empfehlung der DGK zur Anwendung von Clopidogrel nach koronarer Stentimplantation

Es gibt keine Daten aus prospektiven randomisierten plazebokontrollierten klinischen Studien zum Einsatz von Clopidogrel nach Implantation von unbeschichteten oder Medikamente freisetzenden Stents. Sie wären aufgrund des heutigen

Wissenstandes unethisch. Es gibt aber Register und Erfahrungen aus der täglichen Praxis. In Anlehnung an die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) eine Einnahmedauer der Erhaltungsdosis von Clopidogrel (75 mg/d) nach koronarer Stentimplantation zur Vermeidung einer lebensbedrohlichen Stentthrombose:

- 1 Monat nach Implantation eines unbeschichteten Stents.
- 6–12 Monate nach Implantation eines Stents, der Sirolimus, Paclitaxel oder andere antiproliferative Medikamente freisetzt.

**Die ausführliche Version erscheint demnächst in gedruckter Form und ist bald sowohl auf der DGK-Leitlinienseite (<http://leitlinien.dgk.org>) als auch auf der Website des BNK (<http://www.bnk.de>) abrufbar.*



CME-Zertifiziert

Bericht von der V. Jahrestagung der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“, 2.–4. Dezember 2005 in Berlin.

**V. Jahrestagung der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“
„Metabolisches Syndrom“ – Didaktik oder mehr?**

Ist die derzeitige Diskussion um das metabolische Syndrom mehr als nur ein Streit um den Begriff? Eine Pro-und-Contra-Sitzung auf der V. Jahrestagung der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ am 3. Dezember 2005 in Berlin brachte Aufschluss über die unterschiedlichen Positionen – und auch über die Tragweite des aktuellen Disputs.

Als Pro-Anwalt trat Prof. Markolf Hanefeld, Dresden, auf. Er hatte bereits 1981 den Zusammenhang von Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipoproteinämie, Hypertonie und Adipositas beschrieben und erstmals als „metabolisches Syndrom“ bezeichnet. Die Frage, ob das metabolische Syndrom eine Krankheit ist, die zu behandeln

ist, beantwortete er nun freilich auch mit einem klaren „Ja“. Als Argument führte der Stoffwechselforscher insbesondere ins Feld, dass ein isolierter Typ-2-Diabetes nur in 2,4% der Fälle vorkommt. Ein metabolisches Syndrom dagegen sei bei drei von vier Diabetikern festzustellen. Dieser Zusammenhang sollte auch in der Therapie Berücksichtigung finden. Er hob hervor, dass jede Behandlung eines Parameters des metabolischen Syndroms sich daran messen lassen sollte, inwieweit sie die anderen positiv beeinflusst. Das Optimum könne nur dann erreicht werden, wenn auf Grundlage der Lebensstilintervention folgende vier Therapieziele gleichrangig verfolgt würden: