

## Ihr DETECT-Team

## DETECT-Projektzentrum



Von links nach rechts: Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Dipl.-Psych. Andrea Reinecke, Dipl.-Math. Jens Klotsche, Dipl.-Psych. Heide Glaesmer, Dr. med. David Pittrow, Elke Katze

## DETECT-Berater-Team



**Prof. Dr. H. Lehnert**  
Klinik und Poliklinik  
für Endokrinologie  
und Stoffwechsel-  
krankheiten der  
Otto-von-Guericke-  
Universität  
Magdeburg



**Prof. Dr. G. K. Stalla**  
Max-Planck-Institut  
für Psychiatrie  
München,  
Forschungsgruppe  
und Ambulanz für  
Neuroendokrinologie



**Prof. Dr. A. M. Zeiher**  
Klinikum der J. W.  
Goethe-Universität  
Frankfurt,  
Medizinische Klinik IV,  
Schwerpunkt  
Kardiologie und  
Nephrologie

## DETECT-Advisory-Board



**Prof. Dr. W. März**  
Klinisches Institut für  
Medizinische und  
Chemische  
Laboratoriums-  
diagnostik  
Landeskrankenhaus/  
Universitätsklinikum  
Graz



**Prof. Dr. S. Silber**  
Kardiologische Praxis  
München



**Prof. Dr. M. Wehling**  
Institut für Klinische  
Pharmakologie  
Klinikum Mannheim,  
Ruprecht-Universität  
Heidelberg



# DETECT

Der Gesundheit auf der Spur



Ich freue mich zusammen mit dem Projektteam und unseren Beratern, Ihnen heute den ersten DETECT Newsletter vorstellen zu können. Er soll alle Studienärzte im 3-Monats-Turnus über den Stand des Projekts, interessante Entwicklungen und Ereignisse in und um das Projekt herum sowie Zwischen-Befunde unserer Studie informieren. Wir hoffen nicht nur, dass dieser Newsletter Ihre Aufmerksamkeit findet, sondern würden uns auch über Leserbriefe sowie Beiträge aus der Studienpraxis freuen! Die Newsletter und weitere aktuelle Studieninformationen finden Sie auch im Netz unter [www.detect-studie.de](http://www.detect-studie.de). Der inhaltliche Schwerpunkt des ersten Heftes, das übrigens nahezu zeitgleich mit dem erfolgreichen Abschluss der Vorstudie erscheint, wurde von Herrn Professor Dr. Silber zu dem zentralen DETECT-Thema „Kardiovaskuläre Risikoscores“ konzipiert. Mit freundlichen Grüßen und herzlichem Dank allen Studienärzten, die bereits ihren Praxisbogen ausgefüllt haben, verbleibe ich

Prof. Dr. H.-U. Wittchen

## Startschuss zur weltweit größten Hausarztstudie (DETECT) ist gefallen

Der Startschuss für die DETECT-Studie ist mit der inzwischen nahezu abgeschlossenen Gewinnung von etwa 4.000 Ärzten gefallen. Angesichts der schwierigen gesundheitspolitischen Gesamtsituation und dem großen Zeit- und Arbeitsdruck in der Alltagspraxis sind wir positiv überrascht, wie groß die Aufgeschlossenheit und die Bereitschaft zur Mitarbeit an DETECT ist. Die anlässlich dieser ersten Projektphase ausgegebenen Fragebögen zur Versorgungspraxis treffen aktuell hier im Dresdner Studienzentrum ein und werden nach der Konsistenz- und Vollständigkeitsprüfung fortlaufend ausgewertet.

Die Ergebnisse werden uns u.a. helfen, die Erhebungsarbeit in der späteren Haupt- und Laborverlaufsstudie logistisch zu planen, damit der Praxisalltag nicht zu sehr gestört wird. Im nächsten Newsletter werden wir Ihnen aus dieser Vorstudie sicherlich schon erste Ergebnisse vorstellen können.

## Relevante Fragestellungen für den Praxisalltag

Die Studie wird zahlreiche Aspekte der Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes untersuchen können. Das Ergebnis werden zahlreiche Publikationen sein, die Impulse zu einer versorgungsnahen Optimierung des hausärztlichen Managements und damit zur Verbesserung der Situation und Prognose der genannten Patienten geben.

So planen wir Auswertungen zu folgenden Fragestellungen:

- Wie sind die Zielwerte für Blutdruck, Lipidwerte, HbA<sub>1c</sub> etc. bei verschiedenen Risikogruppen in der täglichen Praxis?
- Welche Merkmale haben besonders gut eingestellte Patienten? Und welche haben die besonders schlecht Eingestellten?
- Welche Zielwerte sind in der Praxis machbar? Gibt es bestimmte Patientengruppen, die besonders gut/schlecht einzustellen sind?
- Wie lässt sich das Risiko der Patienten für Folgeerkrankungen und Komplikationen einstufen?
- Welche Laborparameter sind gute Prädiktoren, welcher Risikoscore ist im hausärztlichen Bereich überlegen?
- Gibt es alltagstaugliche Prognoseindices?

Prof. März wird Sie zusammen mit mir im nächsten Newsletter schon vorab über das Prozedere dieser Laborkomponente informieren.

## Kontakt Studienzentrum:

Telefon: 0351-46338583  
Fax: 0351-46339421  
E-Mail: [glaesmer@psychologie.tu-dresden.de](mailto:glaesmer@psychologie.tu-dresden.de)  
Web: [www.detect-studie.de](http://www.detect-studie.de)

TU Dresden  
Institut für Klinische Psychologie  
und Psychotherapie: DETECT  
Chemnitzer Str. 46  
01187 Dresden

## Möglichkeiten und Limitationen kardiovaskulärer Risikoscores

Prof. Dr. med. S. Silber

### Hintergrund

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind mittlerweile auch weltweit die Todesursache Nr. 1. An erster Stelle dieser Gruppe von Todesursachen steht der Herzinfarkt. Obwohl die Risikofaktoren, die zu einem Herzinfarkt führen können, schon seit langem der Ärzteschaft und der Bevölkerung bekannt sind, hat sich die Situation in Europa und insbesondere auch in Deutschland nicht verbessert, sondern sogar verschlechtert [3]. Somit muss man jetzt über neue Strategien nachdenken: statt wie bisher der gesamten Bevölkerung einen gesunden Lebensstil zu predigen, kommt es jetzt darauf an, wenigstens die Hochrisikopatienten zu identifizieren, um diese dann gezielt und streng zu führen - eventuell auch medikamentös, wie Patienten in der Sekundärprävention.

Zu diesem Zweck ist es wichtig, die einzelnen Risikofaktoren nicht isoliert zu betrachten, sondern aus ihrer Gesamtbewertung das individuelle „absolute“ oder „globale“ kardiovaskuläre Risiko zu berechnen.

### Welche Scores gibt es ?

Den Framingham [14]-, Procarn [13]- und SCORE-Scores [8] ist gemeinsam, dass sie zusätzlich zum Alter bzw. Geschlecht die verschiedenen klassischen Risikofaktoren in unterschiedlichem Ausmaß berücksichtigen (Tabelle).

Im harten Datenkern der Procarn-Studie [1, 2, 13] sind jedoch nur männliche Industriearbeiter aus Münster berücksichtigt, keine Frauen (Tabelle). Während der Framingham- und der Procarn-Score Mortalität und Morbidität vorhersagen, beschränkt sich der neue Europäische SCORE-Score auf das Risiko der kardiovaskulären Mortalität. Die bisherigen europäischen Tabellen griffen auf die Framingham Datenbank zurück, die Sheffield-Tabellen werden nahezu ausnahmslos in Großbritannien verwendet und hier nicht näher besprochen.

Als Alternative (wenn auch teuer) kann der Agatston-Score herangezogen werden:

Er berücksichtigt Ausdehnung und Schweregrad der kalzifizierten Koronarsklerose, die parallel zum Ausmaß der gesamten Plaquelast (einschliesslich weicher Plaques) zunimmt [4, 9, 10, 12].

### Die einzelnen Scores im Vergleich

Wie die österreichische Saphir-Studie gezeigt hat, stimmen Framingham-Score und Procarn-Score oft nicht überein und ergeben sogar mitunter widersprüchliche prognostische Aussagen [7]. Der direkte Vergleich beider Scores errechnete für Procarn im Vergleich zu Framingham eine höhere Sensitivität und Spezifität [2]. Andererseits zeigte eine erst kürzlich veröffentlichte Vergleichsstudie, dass der auf eine Procarn-Kohorte angewandte Framingham-Score das tatsächliche Risiko um ca. 50% überschätzt [5]. Ein Vergleich mit dem SCORE-Punktesystem ist noch nicht möglich, da dieser erst offiziell zum ESC Kongress im Herbst 2003 bekannt gegeben wird [8].

Wie man sieht, sind die Diskrepanzen zwischen Framingham-Score und Procarn-Score nicht unerheblich. Mögliche Ursachen bestehen in den unterschiedlichen untersuchten Populationen (Kleinstadt in den USA vs. Industriearbeiter in Münster), den unterschiedlichen Zeitepochen, den unterschiedlichen Definitionen eines „kardialen Ereignisses“ sowie in den Unterschieden der erfassten Parameter (Tabelle).

### Wer benötigt kein Scoring ?

Patienten mit bereits bekannter, dokumentierter koronarer Herzerkrankung sind bereits Hochrisikopatienten und benötigen somit keine der oben genannten Scores. Gemäß den neuesten NCEP-Richtlinien weisen Patienten mit Diabetes mellitus bereits ein „KHK-Äquivalent“ auf, so dass auch sie der Hochrisikogruppe zuzuordnen sind [6].

Patienten mit (wenn auch asymptomatischer) peripherer arterieller Verschlusskrankheit sind ebenfalls als Hochrisikopatienten bezüglich des Auftretens eines koronaren Ereignisses einzustufen, so dass die oben genannten Scores für Patienten mit einem Knöchel-Arm-Index < 0,9 keine Zusatzinformation erbringen [11].

Ein interessanter Aspekt der DETECT-Studie wird in der Kreuzvalidierung der identifizierten Prognosemarker mit denen aus SCORE bzw. PROCAM liegen.

### Literatur:

1. Assmann G, Carmena R, Cullen P, Fruchart J C, Jossa F, Lewis B, Mancini M, Paoletti R for the International Task Force for the Prevention of Coronary Heart Disease. Circulation 100: 1930-1938, 1999.
2. Assmann G, Cullen P, Schulte H: Simple Scoring Scheme for Calculating the Risk of Acute Coronary Events Based on the 10-Year Follow-Up of the Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM) Study, Circulation, 105: 310-315, 2002
3. Euroaspire I and II group: Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries, Lancet; 357: 9951001, 2001
4. Grundy SM. Coronary Calcium as a Risk Factor: Role in Global Risk Assessment. J Am Coll Cardiol 37: 1512-1515, 2001
5. Hense HW, Schulte H, Löwel H, Assmann G, Keil U. Framingham risk function overestimates risk of coronary heart disease in men and women from Germany-results from the MONICA Augsburg and the PROCAM cohorts. Eur Heart J 24: 937-945, 2003.
6. National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA, 285: 2486-2497, 2001
7. Paulweber B, Salzburg. persönliche Mitteilung.
8. Prevention of cardiovascular disease in clinical practice. Guidelines of the Third Joint Task Force of European and other Societies on cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice \*European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioural Medicine, European Society of General Practice/Family Medicine, European Heart Network, European Association for the Study of Diabetes, International Diabetes Federation-Europe. Eur Heart J, 2003 (im Druck)
9. Schmermund A, Erbel R, Silber S for the MUNICH Registry Study Group. Age and gender distribution of coronary artery calcium measured by four-slice computed tomography in 2,030 persons with no symptoms of coronary artery disease. American J Cardiol, 90: 168-173, 2002
10. Silber S. Quantifizierung von Koronarkalk zur Risikostratifizierung kardialer Ereignisse. DMW 127: 2575-2578, 2002
11. Silber S. Der „Knöchel/Arm-Index“(ABI) zur Früherkennung von Patienten mit erhöhtem Herzinfarkttrisiko. Der Kassenarzt, 5, 36, 2003.
12. Silber S. Kann die Koronarkalkmessung dem plötzlichen Herztod vorbeugen? MMW-Fortschr. Med. 17: 37-40, 2003.
13. www.chd-taskforce.de
14. www.nhlbi.nih.gov/chd

	Framingham-Score	Procarn-Score	SCORE-Score	Agatston-Score
<b>Population</b>				
Anzahl	ca. 5.000	ca. 5.000	ca. 205.000	zahlreiche Studien
Ort	Framingham/USA	Münster	ganz Europa	weltweit
<b>Ereignis</b>	Morbidität (harte KHK)	Morbidität (akute Ereignisse)	Mortalität	Morbidität/Mortalität
<b>Definition Hochrisiko</b>	> 20 %/10 Jahre	> 20 %/10 Jahre	> 5 %/10 Jahre	> 75. Perzentile
<b>Definition Hochrisiko</b>				
<b>erfasste Parameter:</b>				
Alter	+	+	+	+
Geschlecht	+	(+)	+	+
Gesamtcholesterin	+	-	+	-
HDL-Cholesterin	+	+	+	-
LDL-Cholesterin	-	+	-	-
Triglyceride	-	+	-	-
systolischer Blutdruck	+	+	+	-
Nikotin	+	+	+	-
Diabetes mellitus	-	+	-	-
positive Familienanamn.	-	+	-	-

April/Mai 2003  
Gewinnung der Studienärzte

Anfang September  
"Praxisschulung"

16./18. September  
Studientag

Sommer 2004  
Nachuntersuchung an Arzt-Teilstichprobe

Zeitablauf der DETECT-Studie 2003

Zeitablauf der DETECT-Studie 2004