



Primäre PTCA-Rate: Deutschland hinter Polen und Tschechien

Die derzeit so häufig bemühte Aussage des US-amerikanischen Präsidenten gilt nach Aussagen von Professor Sigmund Silber aus München auch für die Übertragbarkeit der STEMI-Leitlinie der ESC auf Deutschland: „Yes, we can“. Sowohl die kardiovaskuläre Primär- und Sekundärprävention als auch die Infrastruktur sind in Deutschland überdurchschnittlich gut. Dennoch liegt die primäre PTCA-Rate hierzulande hinter der von Polen und Tschechien.

In der Versorgungsrealität gibt es allerdings ein paar Haken, wie Silber auf der Leitliniensitzung in Mannheim zu Bedenken gab. Denn obwohl die Zahl der ST-Hebungsinfarkte in Deutschland mit weniger als 600 im Vergleich zu 837 unter dem europäischen Durchschnitt liege und obwohl es in Deutschland



Prof. Sigmund Silber

Rate liege bei nur 46 Prozent in der Stadt und 33 Prozent in ländlichen Regionen, obwohl sie gemäß der Leitlinien die bevorzugte Behandlungsstrategie sein sollte, wenn sie innerhalb kurzer Zeit nach Symptombeginn möglich ist und ein erfahrenes Team zur Verfügung steht. Sowohl die kardiovaskuläre Primär- und Sekundärprävention, als auch die Infrastruktur sind somit in Deutschland überdurchschnittlich gut. Bei der Umsetzung der Leitlinien zur primären PTCA ist aber Luft, zumal im Vergleich zu Schweden, wo zwar die Dichte der Katheterlabore niedriger sei, aber 90 Prozent der Patienten leitliniengerecht versorgt würden. Noch liege

Deutschland mit seiner Rate hinter Polen und Tschechien, sagt Silber.

Was die Qualität der primären PTCA-Prozeduren angeht, kann sich Deutschland aber sehen lassen: Sie entspricht dem europäischen Standard. Die Krankenhausmortalität nach primärer PTCA liegt in Deutschland bei 2,5 Prozent, im europäischen Durchschnitt bei 4,6, in Großbritannien bei 3,7 und in Schweden bei 3,8 Prozent.

Als unakzeptabel bezeichnete Silber dagegen die Gründe, warum in Deutschland eine Thrombolyse einer primären PTCA vorgezogen werde. Dies seien vor allem eine Prähospitalzeit von unter drei Stunden, eine chronische Herzinsuffizienz, ein Alter über 70 Jahren und eine Aufnahme in der Nacht oder am Wochenende. Sein Kommen-

tar: „Wir brauchen weniger Sonnenschein-PTCA-Labore. Aber wenn wir in der Mitte der Nacht erst einmal aufgestanden sind, sind wir gut.“ Als unhaltbaren Zustand bezeichnete er ferner, dass weiterhin Patienten mit einem niedrigeren Risiko die aggressivere Therapie erhielten. Das müsse sich ändern. Eine traurige Realität sei zudem, dass zwar die Door-to-Balloon-Zeit kontinuierlich abnehme, die Prähospitalzeit aber leider zunehme. Vom ersten Kontakt mit dem Medizinsystem bis zur PTCA vergehen in Deutschland 145 Minuten, in Europa durchschnittlich 113, in Großbritannien 118 und in Schweden 69 Minuten. Dieses Patientenproblem müsse durch Aufklärungskampagnen angegangen werden. Potenzial für eine weitere Verbesserung der Versorgung von

STEMI-Patienten sieht Silber außerdem in einer besseren prähospitalen Logistik, basierend auf ausgedehnteren Netzwerken, um eine Versorgung an 24-Stunden des Tages und sieben Tagen der Woche zu gewährleisten.

Bei der Sekundärprävention stellte Silber den deutschen Kardiologen gute Noten für die Umsetzung der Leitlinien aus. Die Patienten würden sehr gut mit ASS, Clopidogrel, Betablockern und ACE-Hemmern versorgt. Im Durchschnitt erhielten sie 3,4 Medikamente. Auch bei der dualen Plättchenhemmung habe sich die empfohlene Dauer von zwölf Monaten durchgesetzt, unabhängig davon, ob es sich beim akuten Koronarsyndrom um einen STEMI handelt oder nicht, und ob ein Drug-Eluting-Stent implantiert wurde oder nicht. *wk*