



Silber: Die Zahlen der MONICA-Studie haben ernüchternd gezeigt, daß jeder zweite Patient mit Herzinfarkt innerhalb von 30 Tagen stirbt. Man muß also schon vorher etwas tun und nicht immer den Dingen nachlaufen. Primärprävention ist angesagt, aber im großen Stil nicht machbar. Die Arbeitsgruppe der DGK hat jetzt immerhin den Koronarkalk als Frühstadium der Koronarsklerose definiert – so daß dann eine Sekundärprävention beginnen muß. Wenn ein asymptomatischer Patient einen überhöhten Kalkscore hat, dann ist das eine Koronarsklerose, die nach europäischen Richtlinien der Sekundärprävention behandelt werden muß. Selbstverständlich wird der Blutdruck unabhängig vom Koronarkalk optimal unter 140/90 mmHg eingestellt. Selbstverständlich werden Diabetiker optimal eingestellt. Aber es ist aus Budgetgründen nicht möglich, jedem Patienten ohne bekannte KHK, der

Protokoll eines Pressegesprächs –
Eine der brisantesten Fragen der Präventivkardiologie:

Koronarkalk als Marker für Risikopatienten geeignet?

Auf der Festveranstaltung zur 20-Jahr-Feier des Landesverbandes der Deutschen Gesellschaft für Präventiv- und Rehabilitationsmedizin Mitte September in München regte die Frage, ob Statine heute in der Prävention obligat sind oder gezielt eingesetzt werden können, eine grundsätzliche Diskussion an, die auch in einer Pressekonferenz aufgegriffen wurde. Wegen der praktischen Bedeutung des Themas bringen wir diese Diskussion auszugsweise im Wortlaut. Es nahmen teil: D. Jeschke, S. Silber, A. W. Schömig (alle München), F. Theisen (Seeshaupt) und H. W. Hense (Münster). Zunächst begründet Silber seinen provokanten Vorschlag, den Kalkscore als Entscheidungshilfe zu nehmen, welche Patienten ohne bekannte koronare Herzerkrankung Statine verordnet bekommen sollen.

ein LDL von 160 mg/dl aufweist, ein Statin bei durchschnittlichen Tageskosten von acht Mark zu verordnen. Es gibt Empfehlungen der DGK, in Abhängigkeit vom Ausmaß des Kalkscores – wenn er oberhalb der Alters- und Geschlechtsnorm liegt – Sekundärprävention nach

den europäischen Richtlinien durchzuführen. Nicht jeder soll also ein Statin verordnet bekommen, sondern gezielt diese Patienten.

Schömig: Dieses Konzept enthält eine große Portion Hoffnung. Wir hoffen alle, daß wir einen guten

Parameter finden, mit dem wir nicht-obstruierende Plaques frühzeitig erkennen können, denn dann haben wir die Chance für eine vernünftige Prophylaxe dieser enorm hohen Rate an vorher nicht erkannten Infarkten. Der Kalk ist sicher nur ein „Bystander“. Aber dazu braucht man Studien, da stehen wir noch nicht auf sicherem Boden. Diese Empfehlungen, auch wenn sie von der DGK sind, sind vielleicht mehr oder weniger Empfehlungen derjenigen, die auf diesem Gebiet gearbeitet haben und stark durch diese Hoffnung getragen sind. Ich bin mit Ihnen nicht einig. Sie sagten, es sollte randomisierte Studien geben, meinen aber, daß es sie nicht geben wird. Ich möchte daran erinnern, wie oft wir uns getäuscht haben, z. B. als wir dachten, daß eine bestimmte Vorgehensweise ethisch nicht zu rechtfertigen sei. Ich erinnere an die große Euphorie, mit der Rhythmusstörungen vor 20 Jahren mit Antiarrhythmika therapiert wurden. Man sagte in Deutschland in der Tat, es ist nicht ethisch, hier eine randomisierte Studie gegen Placebo durchzuführen. Was kam dabei raus? Wir alle wissen, daß die Mortalität bei den Antiarrhythmika doppelt so hoch war wie bei der Placebotherapie. Das hat niemand erwartet. Wir sollten nicht den Mut sinken lassen, wenn es um die Fundierung solcher Fragen geht.

Aumiller: Können Sie den finanziellen Aspekt noch vertiefen? Was kann bezahlt oder nicht mehr bezahlt werden? Der normale Kassenspatient, der die Sekundärprävention nach den Prinzipien der Evidence-based Medicine erhalten müßte, geht danach leer aus, nur der Hochrisikopatient käme in den Genuß der Statine.

Silber: Wir sind uns einig, daß eine deutliche Senkung des LDL mit Statinen bzw. eine Erhöhung des HDL mit Fibraten eine gute Sache ist. Unter den jetzigen politischen Vorgaben können wir aber diese

Idealbedingungen nicht erfüllen. Wir haben nun mal das Arzneimittelbudget für Kassenpatienten. Eine Propagierung der Primärprävention würde das Budget völlig sprengen. Deswegen sollte man Risikopatienten identifizieren, asymptomatische Patienten mit Risikofaktoren ohne Ischämienachweis, und wenigstens diese optimal medikamentös behandeln.

Schömig: Es ist noch nicht nachgewiesen, daß diese Triage zwischen Niedrig- und Hochrisikopatienten gelingt. Die Überlebenskurve von Patienten mit hohem oder niedrigem Kalkscore überzeugt mich insofern nicht, als die Hauptkomponente für den Kalkscore das Alter ist. Ein alter Mensch lebt nun mal kürzer als ein junger. Wenn man das berücksichtigt, werden die Unterschiede nicht mehr so eindrucksvoll sein.

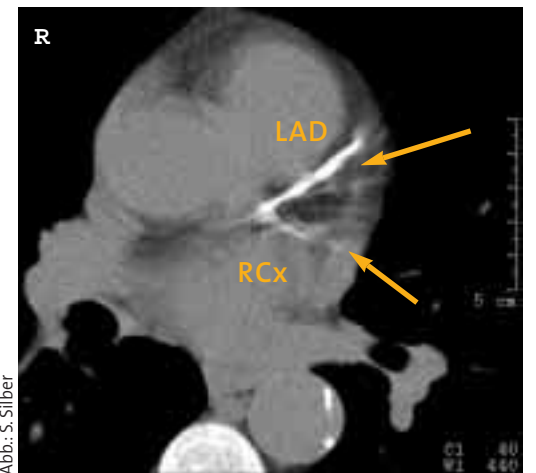


Abb.: S. Silber

Nachweis von Koronarkalk: langstreckige starke Verkalkung der LAD, geringe Verkalkung des RCx.

(Fortsetzung von Seite 3, „Eine Dekade gesamtdeutscher Kardiologie“)

Trotz dieser enormen Entwicklung der medizintechnisch gestützten Diagnostik- und Therapieverfahren der Kardiologie und Kardiochirurgie hat die Zahl der Todesfälle durch die koronare Herzkrankheit nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Tab. 2) in den Jahren 1990 bis 1995 in den fünf neuen Bundesländern ständig zugenommen. Erst ab dem Jahr 1996 wird etwa ein Plateau gehalten,

schweigen von der primären Prävention, bleibt offen. Die Frage enthält zwei Anteile: die Patienten-Compliance und die Verordnungs-Compliance der Nachbehandler, die von Budgetierung und somit Rationierung geprägt wird.

Daß dies nicht ganz zutrifft, zeigen die Umsatzentwicklungen auf dem Apothekenmarkt Ost. So wurden beispielsweise für die ACE-Hemmer 1990 als Mono- oder

lassen. Der Einsatz der Kalziumantagonisten hat sich vergleichsweise von 1990 bis 1998 trotz der Diskussion um ihren Stellenwert von knapp 100 Millionen Mark auf 200 Millionen Mark ebenfalls verdoppelt. Sicher sind die Fakten noch nicht ganz bereinigt und setzen den einen oder anderen Akzent hinsichtlich der Interpretation. Leider ließen sich vergleichbare Zahlen für Betablocker und Nitrate für diese Mitteilung nicht gewinnen.

Eines ist aber sicher: Sekundärprävention ist auch hinsichtlich der Verordnungsstrategie am ostdeutschen Apothekenmarkt und somit auch am Patienten nicht vorbeigegangen.

Nicht erträumte Fortschritte

Mit gestiegenem materiellem Einsatz, entscheidend verbesserter technischer apparativer Voraussetzung und trainiertem Team sind Fortschritte bei der Betreuung unserer Herzpatienten erreicht worden, die vor 1989 für einen solchen Zeitraum von zehn Jahren nicht zu erträumen waren.

Wo aktiv für unsere Patienten gearbeitet, gestritten und auch wissenschaftlich hinterfragt wird, dort haben unsere Patienten gewonnen.

Ich bin sicher, die nächsten zehn Jahre fordern uns alle, mit kreativem Management bei begrenzten Ressourcen mit unverändert schwerkranken Menschen umzugehen.

Ob diese Anforderung nicht noch ein anspruchsvollerer Aufbruch ist, als den, den wir bereits hinter uns gebracht haben, beantworten wir wohl nach dem zweiten Jahrzehnt.

Kombinationspräparate etwa 12 Millionen Mark angegeben. Dieser Summe stehen 1998 bereits 220 Millionen Mark gegenüber. Die CSE-Hemmer haben sich von der bescheidenen Summe von 5,2 Millionen Mark für 1990 auf etwa 160 Millionen Mark Umsatz steigern



ohne daß bereits ein sicherer Rückgang eingeleitet wurde. Ob dies, wie das bereits in *Cardio News* aufgeworfen wurde, eine Frage der Patienten-Compliance mit der zusätzlich eingesetzten Pharmakotherapie hinsichtlich der sekundären Prävention ist, ganz zu

Jeschke: Wir hören von Blair aus den USA, daß der Faktor körperliche aerobe Leistungsfähigkeit ein weit besseres Indiz für den Outcome des Patienten an der kardiovaskulären Krankheit darstellt, als wenn man Cholesterin- oder LDL-Spiegel o. ä. beachtet. Man sollte sich nicht nur auf diesen Bereich versteifen, sondern sich klar sein, daß viele Konzeptionen zum Ziel führen müssen, unter der Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten, die auch unterschiedlich kostenintensiv werden. Zum Problem der Diagnostik muß ich Herrn Schömig recht geben: Man muß in der Vorfelddiagnostik Methoden haben, die preisgünstig sind. Es gibt preisgünstigere Methoden als den Nachweis des Koronarkalks, so sinnvoll der sein mag. Validierung tut not!

Theisen: Durch den Nachweis von Koronarkalk kann man sagen, daß man sich in der Sekundärprävention befindet und ein zusätzliches Argument hat, konsequent zu intervenieren. Aber zu sagen, daß uns ein Globalbudget dazu zwingt, die Primärprävention zu ignorieren, halte ich für extrem gefährlich. Patienten, auch ohne Nachweis von koronarem Kalk, die Hochrisikofaktorträger sind, müssen behandelt werden, damit kein Koronarkalk entsteht. Das ist primär gezielt.

Silber: Das habe ich auch gesagt: Hypertoniker und Diabetiker



Teilnehmer des Forums (v.l.n.r.): D. Jeschke, S. Silber, A. W. Schömig (alle München); F. Theisen (Seeshaupt); H.-W. Hense (Münster).

Fotos (5): au

kategorie mit dem „Nebeneffekt“ der Primärprävention. Das ist unser Ziel. Wir müssen bereits in der Kindheit damit anfangen und dies ins Erwachsenenalter und bis ins Alter fortführen.

Aumiller: Und man muß lernen, Risiken anzunehmen. Es gibt kein risikofreies Leben; die Frage ist, wie hoch das Risiko ist. Wir müssen uns angewöhnen, auch dies darzustellen. Wir sprechen hier ja vom Reiz des Lebens. ■

(J.A.)

müssen optimal eingestellt werden – unabhängig vom Koronarkalk, aber es geht um die Patienten, die keine arterielle Hypertonie oder keinen Diabetes haben.

Herr Schömig hat gesagt, daß Alter ein wichtiger Risikofaktor ist und man den Kalkscore bei alten Patienten nicht braucht, dem stimme ich zu. Es gibt Studien die gezeigt haben, daß der Koronarkalk bei älteren Menschen keine relevante prognostische Bedeutung besitzt. Aber es geht jetzt um die 40- bis 60jährigen, die sog. gesunden Menschen. Bei denen sollte man versuchen, die Gruppe mit erhöhtem Risiko herauszufinden.

Hense: Herr Silber wird von Hoffnungen getragen. Er will die asymptomatischen jungen Patienten erkennen. Im Prinzip will er damit eine technisch aufwendige Maßnahme zu einem breiten Screening-Verfahren machen. Ist aber diese Maßnahme geeignet? Wir haben noch keine guten Prognosestudien, die in einem guten Zufallsexempel zeigen, wie die Prognose mit den verschiedenen Fallindizes assoziiert ist. Die Studien haben, wenn überhaupt, Stillstand gezeigt, aber keine Regression. Die Frage ist, ob das, was am Kalk passiert, wichtig ist für das, was am Thrombus passiert.

Wenn wir von Evidenz sprechen, ist das in diesem Bereich ein interessantes Konzept, aber es gibt wenig, was uns zum Handeln veranlassen könnte.

Silber: Ich möchte die angesprochenen Punkte beantworten:

◆ Kalkscore ist keine Screening-Untersuchung. Man untersucht gezielt asymptomatische Männer über 40 bzw. Frauen über 50 mit einem oder zwei Risikofaktoren. Hat der Patient allerdings atypische Brustschmerzen, könnte man auf die Risikofaktoren als Voraussetzung verzichten. Es soll schon eine gewisse Vor-Test-Wahrscheinlichkeit bestehen.

◆ Plaquerupturen kann man nicht vorhersagen, die instabile Plaque hat oft keine Kalkeinlagerung, so daß die Plaque, die man erkennen will, beim Kalkscreening oft nicht zu identifizieren ist. Man kann die Kalkuntersuchung mit einem Minensuchgerät vergleichen: Man sucht nach Minen, findet aber die, die bereits explodiert sind, ohne größeren Schaden angerichtet zu haben. Findet man eine explodierte Mine, ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß in der Nähe noch eine andere ist, die noch nicht entschärft ist. Nicht die massive Kalkplaque ist für die Patienten gefährlich, son-

dern wahrscheinlich die geringe Kalkansammlung daneben, die vielleicht gar nicht zu erkennen ist.

Es geht um Risikoidentifizierung. **Jeschke:** Und es gibt noch mehr Wege, die nach Rom führen. Man

muß den noch Gesunden heute etwas Lohnendes vor Augen stellen, z. B. Sport als eine andere Erlebnis-