

Ausgabe vom Samstag, 20. Mai 2006

## Den Infarkt entschlüsseln

In der Schweiz wurden Daten von 20 000 Herzinfarkt- Patienten erfasst. Dadurch kann die Behandlung optimiert werden.

INTERVIEW VON HANS GRABER

*Unter einem von Ihnen präsidierten Gremium wird in der Schweiz seit 1997 ein nationales Herzinfarkt-Register angelegt. Was genau wird erfasst?*

Paul Erne \*: Anonymisierte Daten von Patienten mit einem Infarkt oder dessen Vorstufen. Erfasst werden der Zeitpunkt des Schmerzbeginns, die vorhandenen Risikofaktoren sowie der Einsatz und Zeitpunkt der Diagnostik und Behandlung. So kamen Daten von mehr als 20 000 Patienten zusammen, die wegen eines Infarktes in ein Spital aufgenommen wurden.

*Gibt es bereits wesentliche Erkenntnisse aus den erfassten Daten?*

Erne: Eine der wichtigsten Aussagen: In den letzten zehn Jahren ist es gelungen, das Risiko zu halbieren, dass ein Patient an einem Infarkt stirbt oder als Komplikation davon einen zweiten Infarkt oder einen Hirnschlag erleidet.

*Und weshalb ist dies gelungen?*

Erne: Wir haben gelernt, dass ein Grossteil von Patienten am meisten Nutzen hat, wenn ein Infarkt nebst einer medikamentösen Behandlung sehr früh einer Behandlung mit Kathetern zugeführt wird, und wenn einzelne Medikamente sehr früh und in hohen Dosen zum Einsatz kommen.

*«Je früher man intervenieren kann, desto geringer werden die kardialen Schäden sein», ist auch ein zentraler Satz aus der AMIS-Plus-Dokumentation. Mit Verlaub: Hat man das nicht bereits 1997 bestens gewusst?*

Erne: Man war bereits 1997 auf diesem Weg, aber wir wussten damals noch nicht, wie wichtig die Katheterbehandlung und vor allem deren Zeitpunkt ist. Und wir wussten auch nicht, welche Patienten von dieser Behandlung mehr gewinnen können als von einer medikamentösen Behandlung.

*Kann so ein Register die Ärzte nicht auch dazu verleiten, zu sehr statistischen Mittelwerten zu vertrauen?*

Erne: Dies ist in der Tat ein Problem von Studien, die ausschliesslich aufgrund statistischer Werte einer vordefinierten Untersuchung gemacht werden. Grossstudien, wie sie etwa von Pharmafirmen durchgeführt werden, können zwar die Wirkung einzelner Medikamente oder durchgeführter Massnahmen in einer präzise definierten Gruppe von Menschen untersuchen. Aber solche Studien spiegeln nicht den Spitalalltag wider, wo man oft mit Patienten konfrontiert wird, die eben genau aus dem Raster solcher Studien gefallen sind.

*Können Sie das konkretisieren?*

Erne: Fraglich bleibt in der Praxis zum Beispiel, ob man den Infarkt eines jungen Mannes, der raucht und übergewichtig ist, gleich behandeln soll wie den Infarkt eines über 80-Jährigen, der zusätzlich an einer Zuckerkrankheit und eingeschränkter Nierenfunktion leidet. Oder ob die Behandlung gleich aussieht, wenn zwei Patienten unterschiedliche Blutdruckwerte haben oder unterschiedlich früh oder spät in ein Spital eingewiesen werden. Damit die individuelle Betreuung besser wird, braucht es eben die Daten von weit über 15 000 völlig verschiedener Patienten.

*Und die hat man nun mit dem Register?*

Erne: Ja, und darauf basierend kann man auch Fragen zur individuellen Betreuung angehen. Das Register kann so ein grosser Nutzen für den Patienten sein. Er weiss, dass er in den beteiligten Spitälern mit Methoden untersucht und behandelt wird, die kontinuierlich überprüft und aktualisiert werden.

*Heisst das denn auch, dass in den nicht beteiligten Spitälern keine optimale Versorgung gewährleistet ist?*

Erne: Das wird damit überhaupt nicht ausgesagt. Man kann davon ausgehen, dass die Versorgung generell gewährleistet ist. Bei den teilnehmenden Spitälern ist hingegen dokumentiert, dass die Resultate, das heisst die Prognose der behandelten Patienten, sich jährlich verbesserten, weil man sehr schnell reagiert hat und exakt sieht, wo man überhaupt noch Verbesserungspotenzial hat.

*Gibt das Register auch Auskunft darüber, ob man bessere Chancen hat, wenn ein Spital in der Nähe ist?*

Erne: Es gibt bei einem Infarkt drei ganz entscheidende Grössen der Prognose: das Alter und das Risikoprofil eines Patienten sowie der Faktor, wie schnell die Diagnose gestellt und eine Behandlung eingeleitet wird. Leider hat die Zeit zwischen Auftreten von Beschwerden bis zum Eintritt ins Spital in den letzten zehn Jahren keine Minute abgenommen. Sie beträgt im Mittel etwa 5 Stunden. Zwar sind 30 Prozent bereits nach den von uns angestrebten 3 Stunden im Spital, aber es gibt weitere 30 Prozent, die erst nach 8 bis 10 Stunden eintreten. Die Transportzeit ins Spital ist beinahe zu vernachlässigen, da sie bei der Dichte unserer Spitäler und dem gut organisierten Rettungswesen meist unter 30 bis 40 Minuten liegt.

*Ist von Bedeutung, ob man einen Infarkt nachts oder an Wochenenden erleidet, wenn im Spital womöglich nur reduziert gearbeitet wird?*

Erne: Die Infarkt-Behandlung ist eine Notfallbehandlung, die ausserhalb der üblichen Arbeitsstunden nicht reduziert werden kann. Wir haben genau diese Fragestellung detailliert analysiert. Patienten, die an Wochenenden oder während der Nacht wegen eines Infarktes behandelt wurden, hatten sogar eine etwas bessere Prognose als diejenigen, welche während der Tageszeiten der Werkzeuge behandelt werden. Unter Berücksichtigung von Risiken und Alter der Patientengruppen gibt es allerdings keinen Unterschied.

*«Es kann jeden treffen», heisst es in den AMIS-Plus-Unterlagen. Gibt es den «typischen» Infarkt-Patienten also nicht?*

Erne: Unter den mehr als 20 000 erfassten Infarkt-Patienten waren tatsächlich etwa 2500, bei denen kein einziger Risikofaktor vorhanden war. Den «typischen» Infarkt-Patienten gibt es schon, er beschreibt aber eben nur diejenigen, die am häufigsten einen Infarkt erleiden.

*Und wer ist das?*

Erne: Männer zwischen 56 und 60 sowie Frauen zwischen 66 und 70, die rauchen, einen hohen Blutdruck oder eine Zuckerkrankheit haben.

*Ist Stress auch ein Risikofaktor?*

Erne: Unter Stress verstehen nicht alle dasselbe. Richtig aber ist, dass seelische Belastungen als Risikofaktor eines Infarkts etabliert sind, und nicht selten tritt er im Anschluss an längere Belastungsphasen auf.

*Vollmond, Wetter oder Wochentag?*

Erne: Einflüsse des Wochentages oder des Mondes können ausgeschlossen werden, ein Wechsel einzelner Wetterlagen hingegen kann zu einer Zunahme von Infarkten beitragen.

*Wie gross ist die Chance, einen Herzinfarkt zu überleben?*

Erne: Heute können nach einem Infarkt 93 bis 96 Prozent der Patienten das Spital wieder verlassen, während 4 bis 7 Prozent im Spital am Infarkt sterben. Seit gut einem Jahr befragen wir für die Datenbank drei und zwölf Monate nach der Entlassung aus dem Spital dieselben Patienten noch einmal. Unter 1000 Freiwilligen, die zu dieser Nachbefragung eingewilligt haben, hat sich gezeigt, dass im ersten Jahr nach einem Erstinfarkt bei etwa 10 bis 15 Prozent ein oder mehrere Spitalaufenthalte notwendig waren, weitere 4 bis 5 Prozent der Patienten sind im ersten Jahr verstorben.

*Für Aufsehen sorgte kürzlich in den USA die Meldung, dass durch den massiven Einsatz von Cholesterin-senkenden Medikamenten (Statinen) Ablagerungen in den Blutgefässen nicht nur verlangsamt, sondern rückgängig gemacht werden. Was ist davon zu halten?*

Erne: Dieses Denken hat schon länger Einzug in den klinischen Alltag gefunden. 80 Prozent der Patienten werden mit hochdosierten Statinen behandelt. Sie verbessern die Prognose sowohl nach einem akuten koronaren Ereignis wie auch bei einer stabilen koronaren Herzkrankheit. Erwiesen ist ebenso, dass es mit der Zeit zum Abbau von Gefässveränderungen kommen kann, aber das kann Jahre dauern. Möglich ist, dass neue Statine der Superklasse diesen Prozess beschleunigen, aber prognostische Studien gibt es noch keine.

Hinweis

\* Prof. Dr. Paul Erne ist Chefarzt Kardiologie am Kantonsspital Luzern.