

Ein neues Verfahren zum **Ausschluss** einer koronaren Herzerkrankung (KHK) bei stabilem **Brustschmerz**

Interview mit Dr. med. Klaus Remde, Heidelberg

Juni 2020

Acarix GmbH, Köln



Acarix: Sehr geehrter Herr Dr. Remde, Sie sind seit nunmehr 2 Jahren Anwender des CADScor® Systems in Ihrer privatärztlichen Praxis für Innere Medizin und Kardiologie in Heidelberg. Wie viele Patienten mit stabilem Brustschmerz stellen sich bei Ihnen vor?

Dr. Remde: Da wir eine Facharztpraxis mit Schwerpunkt Innere Medizin und Kardiologie sind, stellen sich bei uns im Schnitt zwischen 10 und 15 Patienten pro Monat mit stabilem Brustschmerz vor. Etwa die Hälfte davon sind zugewiesen von mit uns kooperierenden Hausärzten.

Acarix: Sehen Sie Trends in der Inzidenz – wird es mehr, weniger oder ist diese Zahl stabil? Gibt es aus Ihrer Sicht eine typische Verteilung in Geschlecht, Alter und Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Adipositas, Stress, etc.)?

Dr. Remde: Die Zahl der Brustschmerzpatienten nimmt in unserer Praxis in den letzten Jahren leicht zu. Ich denke, das liegt an den geburtenstarken Jahrgängen, die jetzt 50+ Jahre alt und typischerweise diese Symptomatik ohne eine kardiale Vorerkrankung, also ohne vorherige Krankheit am Herzen, entwickeln. Die Verteilung im Auftreten von Brustschmerz können wir analog der bestehenden Studien und Leitlinien bestätigen. Mit dem Geschlecht (mehr männlich) und höherem Alter sowie mit dem Vorhandensein von Begleiterkrankungen, vor allem sind hier Bluthochdruck und Diabetes zu nennen, erhöht sich das Risiko eine KHK zu entwickeln. Allerdings haben nur etwa 10% aller Brustschmerzpatienten eine KHK als Ursache (KHK = Durchblutungsstörung in der Herzversorgung, Vorstufe zum Herzinfarkt).

Acarix: Haben sich die durch Sie durchgeführten Untersuchungen bei stabilem Brustschmerz in den vergangenen Jahren verändert? Wie ist Ihre Meinung zu generellen Bestrebungen zu neuen Untersuchungsmethoden / Innovationen hinsichtlich Brustschmerz?

Dr. Remde: In unserer Praxis wenden wir seit Jahren so weit wie möglich nicht-invasive, also äußerliche, Methoden zur Beurteilung einer Ursache für Brustschmerzen an. Gestützt durch meine Erfahrungen mit diesen Untersuchungen senden wir in den letzten zwei Jahren Patienten nicht mehr zum Herzkatheter, sofern wir sicher sind, dass eine KHK als Ursache ausgeschlossen werden kann. Ich persönlich bin neuen Untersuchungsmethoden gegenüber aufgeschlossen, jedoch müssen diese durch gute Studien bewiesen haben (Evidenz), dass sie verlässlich sind.

Acarix: Könnten Sie bitte beschreiben, welche Untersuchungen Sie bei Patienten mit stabilem Brustschmerz tätigen und, falls erforderlich, wohin Sie überweisen – von der ersten Vorstellung bis zur Diagnose?

Dr. Remde: Bei Patienten mit stabilem Brustschmerz gehen wir gemäß den Leitlinien vor und wenden wie schon erwähnt so weit wie möglich nicht-invasive Methoden an. Da bei Brustschmerz immer eine Sorge um das Herz eine Rolle spielt, wenden wir zunächst Untersuchungen an, die eine Herz-Ursache ausschließen oder weitgehend bestätigen. Dafür ist als Einstieg eine gute und umfangreiche Anamnese wichtig. Das ist eine Unterhaltung mit dem Patienten und/oder mit Angehörigen über eigene und familiäre Vorerkrankungen sowie über die Lebensumstände und

Lebensweise des Patienten. Wir wenden den Biomarker hs-Troponin als Laboruntersuchung in unserer Praxis zum Ausschluss einer akuten Gefährdung des Patienten durch einen ablaufenden, oder kürzlich abgelaufenen Herzinfarkt an (POC-Diagnostik). So können wir innerhalb von 10 Minuten einen akuten Herzinfarkt weitgehend ausschließen. Dann erfolgt immer eine Messung des Blutdrucks, ein Ruhe-EKG sowie oft ein Belastungs-EKG (Fahrradfahren, Ergometer). Seit über 2 Jahren wenden wir auch einen sogenannten CADScor und ein begleitendes Stress-Echo an. Sollten alle die hier erwähnten Untersuchungsmethoden negativ bleiben, kann man mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit eine KHK als Ursache für den Brustschmerz ausschließen. Besonders die CADScor-Untersuchung bestätigt bei negativem Wert über Phonokardiographie einen verlässlichen Ausschluss. Wenn der Patient dann dennoch über immer wieder auftretende Brustschmerzen klagt, müssen wir die Ursache woanders, z.B. Brustwirbelblockade, o.ä. suchen.

Acarix: Sie erwähnen den CADScor. Wie lange nutzen Sie schon das CADScor®System? Wie sind Sie damals darauf aufmerksam geworden?

Dr. Remde: Auf dieses System bin ich anlässlich einer kardiologischen Fachtagung in Mannheim im Frühjahr 2017 aufmerksam geworden. Ich habe das dann in meiner Praxis ausprobiert und setze das CADScor®System seit Anfang 2018 fest in meiner Praxisroutine ein.

Acarix: Nutzen Sie CADScor® initial bei allen Patienten mit stabilem Brustschmerz?

Dr. Remde: Bei nahezu allen Patienten mit stabilem Brustschmerz und unklarer Ursache setze ich das CADScor®System neben den bereits erwähnten Untersuchungen ein. Dieses System ist meiner Erfahrung nach eine gute Ergänzung durch dessen hohen sog. negativen Vorhersagewert. Das heißt, dass bei negativem Ergebnis mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine KHK ausgeschlossen werden kann. Das heißt, es liegt keine Durchblutungsstörung am Herzen als Ursache der Beschwerden vor. Und das innerhalb nur weniger Minuten mit dem Patienten in Ruhe, ohne Stress.

Acarix: Erwähnen Sie das CADScor®System im Dialog mit dem Patienten? Neben der Erklärung der Untersuchung: hilft CADScor® Ihnen den Patienten mehr über das KHK Risiko und dessen Faktoren und Lebensumstände aufzuklären?

Dr. Remde: Natürlich erkläre ich dem Patienten, welche Untersuchungen wir zur Forschung nach der Ursache für den Brustschmerz planen. Auch erkläre ich das CADScor®System und hole mir dessen Zustimmung dafür ein. Die hohe Verlässlichkeit für einen KHK-Ausschluss bei negativem CADScor hilft, dem Patienten schnell die Angst um sein Herz zu nehmen. Ist eine KHK über das CADScor®System und die EKG- und Echo- / Stress-Echo-Untersuchungen nicht auszuschließen, muss der Patient beraten werden, welche Methoden im weiteren Schritt infrage kommen. Möglich sind dann eine Angio-CT des Herzens (CTA), eine Stress-MRT des Herzens (cMRT) und/oder eine Herzkatheteruntersuchung.

Acarix: Kennen Sie andere Anwender des CADScor®Systems?

Dr. Remde: Meines Wissens nach wird das CADScor®System bei mittlerweile mehr als 50 Arztpraxen in Deutschland, Österreich und der Schweiz eingesetzt. Ich selber habe Kontakt zu einigen Kollegen, mit denen ich mich gelegentlich über deren und meine Erfahrungen austausche.

Acarix: Herr Dr. Remde, vielen Dank für das Gespräch.

<https://praxis-dienerowitz.de>; <https://acarix.com/?lang=de>

