



Fortbildung Privatklinik Obach, 22.1.09

Kardiologischer Check-up bei 50-jährigen Patienten oder: sind Routine-Checks in der Kardiologie sinnvoll?

Handout

Ausgangslage: Check-up- und Vorsorgeuntersuchungen

Eine *Check-up-Untersuchung* beinhaltet die medizinische Beurteilung und Beratung asymptomatischer, aber um ihre Gesundheit besorgte Menschen mit dem Ziel, modifizierbare Risikofaktoren oder Krankheiten in einem latenten Stadium zu erfassen. Sie erfolgen typischerweise ungezielt und umfassend. Die Kosten-Nutzen-Relation regelmässiger solcher Untersuchungen für die Gesellschaft ist wissenschaftlich nicht belegt.

Hingegen erfolgen *Vorsorgeuntersuchungen* typischerweise gezielt und zeigen eine gute Kosten-Nutzen-Relation, auch für die Gesellschaft. Sie sollten systematisch angeboten und strukturiert nach anerkannten Richtlinien durchgeführt werden.

Check-up-Untersuchungen sollten die gesicherten Vorsorgeuntersuchungen zwingend beinhalten; sie erleichtern auch den Zugang zu den empfohlenen präventiven Untersuchungen und helfen den um Rat fragenden "Patienten" zu beruhigen. Trotzdem ist letztendlich ihr Einfluss auf die Morbidität und die Sterblichkeit aber nicht evident und ihr Nutzen nicht nachgewiesen.

Evidenz des Herzkreislauf-Check-up?

Eine Herzkreislaufuntersuchung mit einer klaren Evidenz ist die Messung des Gesamtcholesterin und des HDL-Cholesterins bei Männern über 35 Jahren und Frauen über 45 Jahren. Das gleiche gilt für Interventionen mit dem Ziel eines Nikotinstopps, im weiteren auch für die Blutdruckmessung.

Etwas weniger evident und oft auch etwas heikler ist die regelmässige Gewichts- und Grössenkontrolle mit Bestimmung des BMI einschliesslich einer intensiven Beratung zur Gewichtsreduktion adipöser Patienten. Leider zeigen die meisten Bemühungen nur kurzfristig eine erfolgreiche Gewichtsreduktion, die kaum je länger als 2 Jahre dauert. Trotzdem wird immerhin aber davon ausgegangen, dass die Beratung indirekt, durch Veränderung von Blutdruck, Lipidprofil und diabetische Stoffwechsellage, zu einer verbesserten Gesundheit führen können.

Was gilt in der Praxis?

Eine jährlich ganzkörperliche Untersuchung wird von den Guidelines eigentlich nicht empfohlen, da zu wenig zielgerichtet. Als wichtigen Teil der körperlichen Untersuchung besteht aber doch eine gute Evidenz für die Bestimmung des BMI und die Blutdruck-Messung. Dasselbe gilt für die 5-jährlichen Cholesterinbestimmungen bei Männern ab dem Alter von 35, bei Frauen ab dem Alter von 45 Jahren. Ohne entsprechenden Nutzen sind jedoch routinemässige Thoraxröntgenbilder und Ergometrien. Trotz fehlendem Einfluss auf die Morbidität und Sterblichkeit gibt es andererseits aber auch keine sicheren Hinweise, dass derartige Untersuchungen gesundheitlich oder ökonomisch schädlich wären.

Kardiologischer Check-up bei 50-Jährigen

Vorbemerkung: Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf den asymptotischen "Patienten" ohne bekannte Herzkreislaufkrankheiten oder Gefässmanifestationen; sind bereits solche bekannt, besteht eine Vorselektion und erfolgt die Untersuchung (noch) zielgerichteter und schwerpunktmässiger.

Neben der sorgfältigen und akribischen anamnestischen Suche nach potentiellen, bereits auf eine koronare Herzkrankheit oder anderweitige Kardiopathie hinweisenden Symptome – u.a. typische Angina pectoris, vermehrte Dyspnoe, belastungsabhängige Herzpalpitationen oder Schwindelgefühle, inadäquater Leistungsschwund – gehören im Status minimal die Bestimmung des Körpergewichtes (evtl. Bauchumfang) und des spontanen Blutdruckes, die Herz- und Lungenauskultation sowie das Palpieren der peripheren Pulsstationen (inkl. Ausschluss von Strömungsgeräuschen) hinzu. Ebenso empfehlenswert ist ein Ruhe-EKG, das zudem später evtl. als wichtiges Referenzdokument dienen kann. Als Minimallabor sind ein Lipidstatus (inkl. HDL-Fraktion und die Berechnung des LDL-Cholesterins) und eine Nüchtern-Glukose zu fordern.

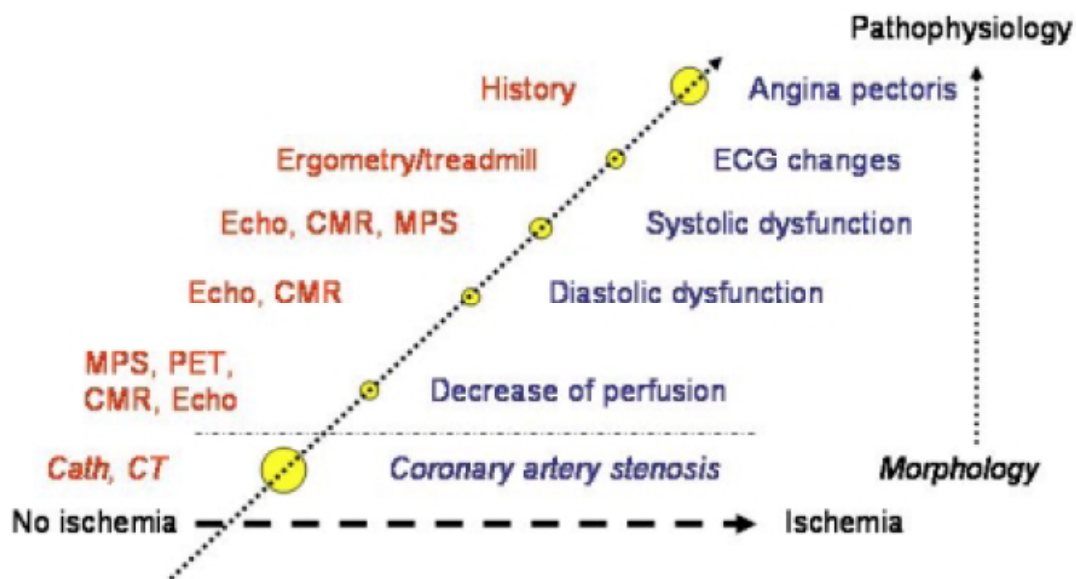
Alle diese Untersuchungen lassen sich durch den Grundversorger vornehmen. Bei einem relevant erhöhten Risikoprofil, einer ausgeprägten familiären Prädisposition, bei irgendwelchen suspekten Beschwerden, einer entsprechenden Verunsicherung des um Rat suchenden Individuums oder wird dies von ihm verlangt, ist die Ueberweisung an den Herzspezialisten sinnvoll und meist auch unumgänglich.

Der Kardiologe kann je nach Fragestellung zusätzlich eine Ergometrie oder eine Echokardiographie durchführen. Noch wichtiger ist oft auch nur die Unterstützung der Intentionen des Hausarztes im Hinblick auf eine Risikointervention, durch vertiefte Informationen (evtl. Studienergebnisse) betreffend der Art, der Wertigkeit und dem theoretisch zu erhoffendem Benefit der entsprechenden eigenen Anstrengungen – wie vermehrte körperliche Aktivität, Gewichtskontrolle, Nikotinstopp – und der evtl. angezeigten pharmakologischen Massnahmen, wie Blutdruck- oder Lipidsenkung (inkl. Zielformulierung dieser Intervention).

Für die medikamentöse Therapie, inkl. die damit verbundene Kontrollpflicht (!), sollte der Patient aber wieder an den Generalisten verwiesen werden. Dies stärkt das Vertrauensverhältnis zum Hausarzt und verhindert auch unnötige Frequentierungen des Spezialisten.

Probleme in der präventiven Koronardiagnostik

Die sog. Ischämiekaskade zeigt sehr eindrücklich, wie schwierig es sein kann, eine Koronarsklerose rechtzeitig zu erfassen und die entsprechenden Diagnostika einzusetzen, zumal diese – soll die Ausbeute gross sein – umso aufwendiger und teurer sind, je früher sie die koronare Herzkrankheit erfassen sollen! Eine Angina pectoris kann nur die Spitze des Eisberges darstellen, und es ist nicht verwunderlich, stellt bei der Mehrheit der Koronarpatienten die Erstmanifestation bereits ein koronares Ereignis (Myokardinfarkt oder Herztod) dar.



Ein Ruhe-EKG zur frühzeitigen Diagnose einer koronaren Herzkrankheit genügt nicht. Aber auch die Ausbeute ungezielter screeningmässiger Ergometrien – beispielsweise ab dem Alter von 50 Jahren – ist (zu) gering. Vertretbar und sinnvoll ist ein Belastungs-EKG jedoch bei erhöhtem Risiko (v.a. Diabetiker, Konstellationen wie familiäre Belastung und Hyperlipidämie oder Nikotin, Hypercholesterinämie und Nikotin etc). Besteht ein Bluthochdruck oder wird neu eine arterielle Hypertonie diagnostiziert, kann es zweckmässig(er) sein, eine entsprechende Therapie (ausser B-Blocker) bereits vorgängig zu installieren (zusätzliche Kontrolle des antihypertensiven Therapieeffektes unter Belastung). Immerhin haben in grösseren Kohortenuntersuchungen die Koronarangiographien bei mind. 50% der Individuen mit pathologischem Belastungs-EKG eine koronare Pathologie bestätigt. Zu beachten ist dabei, dass Patienten mit einer "insignifikanten Koronarsklerose" (Stenosen <50%) eine Jahresmortalität von immerhin bereits 1.1% aufweisen.

Im Vortrag wird versucht, die geschilderte Problematik aufzuarbeiten. Die Illustration mit lehrreichen – "guten" und "schlechten" Beispielen – und die z.T. interaktive Thematisierung sollen mithelfen, die Bedeutung des Generalisten in dieser allgemeingesundheitlich und auch volkswirtschaftlich wichtigen Frage im Sinne einer echten Challenge zu unterstreichen.