

# Leserbrief

Leserbrief zu Pilgrim T, Windecker S. Akutes Koronarsyndrom. Schweiz Med Forum. 2015;15(14–15):322–6.

Die Mengenausweitung der Koronarinterventionen, die nicht allein dem Patientenwohl, sondern auch monetären Überlegungen verpflichtet sind, ist in aller Munde (vide *Sonntagszeitung* vom 5. April 2015, S. 8/9). Vor diesem Hintergrund scheint die Aussage von Pilgrim et al. problematisch: «Patienten mit refraktärer Angina pectoris [...] sollten unabhängig von EKG-Befund und Biomarkerbestimmung notfallmässig (<2 Stunden) einer Koronarangiographie mit potentieller Revaskularisation in Analogie zum STEMI zugeführt werden.»

Eine solche Strategie öffnet interventionellen Überbehandlungen Tür und Tor, weil man damit eine Koronarangiographie bei jedem persistierenden thorakalen oder auch epigastrischen Schmerz rechtfertigen kann, sofern er klinisch als refraktäre Angina pectoris beurteilt wird (ich habe eben erst den Fall einer Cholezystitis erlebt, die «erfolgreich» koronarangiographiert worden ist). Dabei wissen wir alle, dass sich Thoraxschmerzen nicht immer typisch manifestieren, und die Mehrzahl der Thoraxschmerzen nicht auf eine Koronarischemie zurückzuführen ist. Deshalb scheint es mir grundsätzlich problematisch, bei der Indikationsstellung für eine Koronarangiographie Labor und EKG auszuschliessen.

Persistierende Thoraxschmerzen ohne zusätzliche klinische Zeichen einer Herzerkrankung (Arrhythmien, Kreislaufinstabilität, Herzinsuffizienz etc.) verlangen meines Erachtens ein EKG und die Bestimmung der kardialen Biomarker, deren Resultate innert der im Artikel erwähnten «door-to-balloon time» von zwei Stunden verfügbar sein dürften.

*Ivo Amrein*

---

Korrespondenz:

Dr. med. Ivo Amrein  
Innere Medizin FMH  
Lüfterweg 1  
CH-3052 Zollikofen  
ivo.amrein[at]hin.ch