

# Leserbrief

## Übersorgung mit Stents

Klemperer D, Über- und Unterversorgung in der Medizin. Schweiz Med Forum 2015;15(39):866–871.

Herr Kollege Klemperer betrachtet das Problem der Übersorgung am Beispiel der Koronarstents aus der Sicht des *Public Health*. Er sieht dabei als erwiesen an, dass auditierte Krankengeschichten eine relevante Übersorgung nachweisen lassen. Dem ist aber nicht so, denn genau diese evidenzbasierte Information ist studienmässig nicht erfasst. Zudem zitiert er aus der *Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische KHK* und lässt die Dyspnoe als Ischämieäquivalent unerwähnt. Ein klinischer Fehler. Aus fachlicher Sicht sind die Probleme zur Unter- und Übersorgung im Artikel von Kollege Klemperer leider nicht ausreichend diskutiert worden. In der Regel wird heute eine «stabile» Ischämie behandelt, die mehr als 10% des linken Ventrikels umfasst. Die Unterlassung der Myokard-Revaskularisation kann für den Patienten im Einzelfall tödlich sein. Die Diskussion von Kollege Klemperer muss deshalb den «a priori»-Diskurs der Medizin im Auge behalten, denn im Einzelfall ist die «a posteriori»-Feststellung des fehlenden Nutzens nicht der klinischen Tätigkeit inhärent, und das ist auch gut so. Denn würden wir immer vom möglicherweise fehlenden Nutzen ausgehen, wie dies Kollege Klemperer offensichtlich tut, wären viele klinische Handlungen tatsächlich nutzlos. Das Problem ist hier die *number needed to treat*: Viele Patienten werden über einen bestimmten Zeitraum «nutzloserweise» behandelt, trotzdem ist dies kein Grund, die Prävention abzuschaffen; verdoppelt man nämlich die Dauer der Prävention, z.B. mit einem Statin, lassen sich nach 10 statt 5 Jahren auch doppelt so viele «nutzlose»

Therapien vermeiden, um das mal so zu sagen. Wer eine kritische Diskussion zur Ischämie-therapie des Myokards lesen möchte, sei auf die Arbeit von Gibbons verwiesen [1]. Einstweilen sollten wir das Resultat des ISCHEMIA-Trials abwarten ([www.ischemiatrial.org](http://www.ischemiatrial.org)): Hier wird bis in einigen Jahren geklärt werden können, welche dannzumal erst nachweislich evidenzbasierte Strategie (die konservative von Kollege Klemperer oder die aggressive okulostenotische der invasiven Kardiologen) in der Regel die bessere Prognose zeigt. Denn diese Frage ist keineswegs so klar, wie uns Herr Kollege Klemperer darlegen will. Er hat deshalb mit seinen Aussagen zu den Richtlinien in der Behandlung der Myokardischämie den sicheren Boden der evidenzbasierten Medizin in wesentlichen Teilen unberücksichtigt gelassen. Die «*choosing wisely*»-Empfehlungen von Kollege Klemperer müssen nämlich erst noch in der Realität überprüft werden.

Michel Romanens

### Korrespondenz:

Dr. med. Michel Romanens  
CH-4600 Olten  
[Info\[at\]kardiolab.ch](mailto:Info[at]kardiolab.ch)

### Literatur

- 1 Gibbons RJ, Miller TD. Should extensive myocardial ischaemia prompt revascularization to improve outcomes in chronic coronary artery disease? *Eur Heart J*. 2015 Sep 7;36(34):2281–7.