

## Heil- und Kostenplan

Datum:

Für: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

### Diagnosen:

Bei bestehender Gefäßkrankheit wird die Kostenübernahme einer Infusionstherapie mit Na-EDTA beantragt. Die Wirkungen der Infusionstherapie mit Na-EDTA sind evidenzbasiert auf Level Ib belegt worden.

In der TACT- Studie des amerikanischen National Institute of Health NIH wurden von 2002 bis 2011 1708 Patienten nach Herzinfarkt randomisiert, doppelblind und placebokontrolliert entweder mit Infusionstherapie mit Na-EDTA oder einem Placebo behandelt und im Schnitt über 4 Jahre nachbeobachtet.

Bei den mit der Chelattherapie behandelten Patienten traten – statistisch signifikant – 18 % weniger kombinierte Endpunkte (Tod, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Herzkatheterinterventionen/ Bypass- Operationen oder Krankenhaus-Aufnahmen wegen Angina pectoris) auf<sup>1</sup>.

Damit sind die positiven Wirkungen der Chelattherapie – bei nur minimalen Nebenwirkungen – wissenschaftlich eindeutig belegt.

Dagegen wird auf den Jahrestagungen der American Heart Association seit Vorstellung der COURAGE- Studie 2007 immer wieder betont, dass Ballonkathetererweiterungen und STENT's mittels Herzkatheter Patienten mit Durchblutungsstörungen des Herzens – abgesehen vom akuten Herzinfarkt oder Hauptstammstenose gegenüber einer leitliniengerechten medikamentösen Behandlung keinen Vorteil bringen.

---

<sup>1</sup> LAMAS Gervasio A. et al for the TACT Investigators: Effect of Disodium EDTA Chelation Regimen on Cardiovascular Events in Patients With Previous Myocardial Infarction. The TACT Randomized Trial. JAMA. 2013;309(12):1241-1250.

Downloadlink: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4066975/pdf/nihms574706.pdf>

Nachdem COURAGE, BARI-2D und die JSAP-Studie bei Patienten mit stabiler KHK keinen Vorteil von PCI und STENT bei KHK-Patienten gegenüber leitliniengerechter medikamentöser Therapie finden konnten, wurden 2008 die Meta-Analysen von SCHÖMIG aus München und 2009 von JEREMIAS aus New York veröffentlicht, die zu dem Ergebnis kamen, dass die PCI bei Patienten mit stabiler KHK sehr wohl die Sterblichkeit senken könne.

Diese Meta-Analysen wiesen jedoch nach Einschätzung von BODEN erhebliche Fehler auf, da sie nicht zwischen Patienten mit reiner KHK und Patienten nach Herzinfarkt trennten.

Eine dritte „korrigierte“ Meta-Analyse von WIJESUNDERA, Universität Toronto, kam 2009 zu dem Ergebnis, dass die PCI bei Patienten mit stabiler KHK keine Vorteile biete.

Eine vierte Meta-Analyse von STERGIPOULOS und BROWN, New York, aus 2012 fand ebenfalls keine Vorteile der PCI bei Patienten mit stabiler KHK durch PCI mit STENT gegenüber leitliniengerechter medikamentöser Therapie. Die Meta-Analyse sah aber ein erhebliches Sparpotential, da drei Viertel aller PCI vermieden werden könnten.

Eine fünfte Meta-Analyse von STERGIPOULOS und BODEN aus dem Jahr 2013 untersuchte fünf Studien zu KHK-Patienten nach Infarkt mit Ischämienachweis, darunter auch FAME-2 und konnte erneut keinen Vorteil für die PCI zeigen.

Demgegenüber steht eine erhebliche Mortalität durch die Koronarangiographie: nach Angaben des AQUA-Institutes in der Bundesauswertung der starben bei den 430.000 rein diagnostischen Herzkathetern in 2010 und 2011 jeweils knapp 5.000 Menschen <sup>2</sup> Nach Angaben der AOK wurden 2009 bereits 945.000 stationäre Linksherzkatheter durchgeführt. <sup>3</sup>

#### **Durchführung:**

Die Infusionen von Na- EDTA mit Zugabe orthomolekularer Substanzen über je 3 - 4 Stunden müssen in der Grundbehandlung 30 mal, 1-3 mal/ Woche durchgeführt werden. In der Nachbehandlung genügt 1 Infusion im Monat / in 2 Monaten.

Kosten: Pro Behandlung: €

Um Bestätigung der Kostenübernahme wird gebeten.

---

<sup>2</sup> [https://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu\\_Gesamt\\_21N3-KORO-PCI\\_2011.pdf](https://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2011/bu_Gesamt_21N3-KORO-PCI_2011.pdf)

<sup>3</sup> [http://www.qmr-kongress.de/download/2011/20110920/QMR\\_20110920\\_Jeschke.pdf](http://www.qmr-kongress.de/download/2011/20110920/QMR_20110920_Jeschke.pdf)