



Pressemitteilung

Malmö, 12. Oktober 2017

Die Diskrepanz zwischen Anstieg stationärer KHK-Diagnostik und Abnahme der Akutereignisse unterstreicht den Bedarf an neuen Testverfahren wie CADScor® System von Acarix

Nicht-invasives akustisches Gerät ermöglicht frühen KHK Ausschluss bereits bei ambulanten Patienten

Acarix AB präsentiert CADScor® System zum nicht-invasiven, strahlungsfreien, akustischen Ausschluss von Erkrankungen der Herzkranzgefäße (KHK) auf den Herztagen der DGK 2017 in Berlin vom 12. bis zum 14. Oktober. Das Gerät wurde bislang in Skandinavien und in Deutschland auf den Markt gebracht. Auf der Konferenz wird eine Neuanalyse historischer deutscher Daten vorgestellt, welche die Effizienz der existierenden kardialen Vordiagnostik in Frage stellt.

Steffen Wahler stellt auf den DGK-Herztagen seine Studie „*Trends in Inpatient Care of Coronary Artery Disease in Germany 2005-2015*“ (Trends in der stationären Versorgung der Patienten mit koronarer Herzkrankheit 2005–2015) vor. Die Zahl der akut behandelten Infarkte ist seit 2013 leicht abgefallen (Einzelheiten siehe unten). Über den untersuchten Zeitraum gab es eine signifikante Verschiebung von ST-Hebungsinfarkten (ST-Elevation Myocardial Infarction) hin zu weniger bedrohlichen Nicht-ST-Hebungsinfarkten (Non-ST Elevation Myocardial Infarction), und die Fallzahl mit instabiler Angina pectoris sank deutlich. Dennoch stiegen im selben Zeitraum die stationären Eingriffe und die koronaren Diagnoseverfahren kontinuierlich.

„Die Tatsache, dass bei sinkender Anzahl akuter Fälle die Anzahl der stationären Interventionen ansteigt, ist durchaus verwirrend“, sagt Dr. Steffen Wahler, der Autor der Studie. „Eine mögliche Erklärung ist, dass die akuten Vorfälle nachgelassen haben, weil im Vorwege umfangreich kostenintensive Maßnahmen ergriffen wurden. Allerdings würde man ja eher erwarten, dass das beobachtete Sinken akuter Vorfälle mit einem geringeren Bedarf an invasiver Diagnose einhergeht. Auf jeden Fall würde die Einführung eines effizienteren Verfahrens zum Ausschluss von KHK bereits in der Ambulanz den Weg für eine effizientere Versorgung der KHK ebnen.“

In kürzlich präsentierten klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass CADScor® System in einer Standardpatientenpopulation (Prävalenz der KHK 10%) eine KHK mit einem negativ prädiktivem Wert von 97% ausschließen kann. Damit ist es hervorragend geeignet, Patienten noch in der ambulanten Phase zu untersuchen und schon in frühem Stadium eine KHK auszuschließen, bevor sie intensiveren, zeit- und kostenaufwendigeren Untersuchungen unterzogen werden.

Der CEO von Acarix, Søren Rysholt Christiansen, kommentiert: *„Wir freuen uns, auf den Deutschen Herztagen mit Kardiologen aus unserem wachsenden Netzwerk zu diskutieren und ihnen unsere Lösung zur KHK Diagnostik vorzustellen. Hierbei ist die Studie von Steffen Wahler hilfreich. Er zeigt eine Diskrepanz zwischen dem Sinken kardiovaskulärer Erkrankungen einerseits und dem Anstieg der stationären Untersuchungen andererseits. Das Acarix CADScor® System bietet eine Lösung, einem Teil*

der Patienten schnell ihre Befürchtungen zu nehmen sowie Kosten durch den Wegfall überflüssiger Untersuchungen einzusparen.“

Das Abstract lässt sich hier herunterladen:

<http://www.abstractserver.de/dgk2017/ht/abstracts/P249.htm>

Kontakt:

Acarix: Søren Rysholt Christiansen, CEO, Mail: dksrc@acarix.com Tel.: +45 2777 1112

Hinweise für Redakteure:

Acarix, CADScor®System und die Messung von Herztönen

Das Unternehmen Acarix A/S wurde im Jahr 2009 gegründet und seit 2010 von den dänischen Investoren SEED Capital und Sunstone Life Science Ventures auf dem Weg zur Markteinführung unterstützt. Acarix wurde 2016 im Nasdaq First North Premier gelistet. Das Unternehmen konnte für das Management-Team erfahrene Experten gewinnen, die schon zuvor Führungspositionen in internationalen Medizintechnik-Unternehmen innehatten; der Vorstandsvorsitzende Søren Rysholt Christiansen beispielsweise bei ELOS Medtech, GN ReSound und Cook Medical.

Dem CADScor®System von Acarix liegt Spitzentechnologie bei der Tonaufnahme und Signalverarbeitung zugrunde. Schon lange ist bekannt, dass sowohl die Bewegung bei der Herzkontraktion als auch turbulente Strömungen Töne erzeugen. Die kontraktionsbedingten Töne haben eine niedrigere Frequenz; die Turbulenzen im fließenden Blut, die durch eine Teilobstruktion im Falle einer Stenose der Koronararterien auftreten, weisen hingegen höhere Frequenzen auf. Dieses Rauschen mit seiner geringen Energie festzustellen, ist eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe. Hierfür und im Weiteren für eine Aufnahme dieser Töne sind nicht nur extrem empfindliche Sensoren erforderlich, sondern auch deren Anbringung oberhalb des Herzes, die das aufzunehmende Signal optimiert und Fremdtöne ausschließt.

Acarix hat das CADScor®System als integriertes System angelegt. Es nimmt das Herzsignal auf, verarbeitet diese Aufnahme und gibt auf seinem Display einen patientenspezifischen Score-Wert aus, den CAD-score. Das CADScor®System hat zudem eine Software, die das medizinische Fachpersonal bei der Anwendung anleitet und durch die einzelnen Aufnahmephasen führt. Schließlich besitzt das Gerät eine Docking-Station, mittels derer der Sensor täglich überprüft wird. Das System hat ein Haftelement, mit dem der Sensor während der Aufnahme an einem Punkt oberhalb des Herzes fixiert wird.

Erfahren Sie mehr auf www.acarix.com. Pressemappe: <http://www.acarix.com/about-us/press-downloads/>.

Trends in der stationären Versorgung der Patienten mit koronarer Herzkrankheit 2005–2015 – Zusammenfassung der Ergebnisse. Zum Abstract:

<http://www.abstractserver.de/dgk2017/ht/abstracts/P249.htm>

Die Anzahl der stationär behandelten Patienten mit Hauptdiagnose akuter Myokardinfarkt stieg von 2005 auf 2015 leicht von 206.104 auf 218.874 (+6,2 %) mit Peak in 2012. Der Anteil NSTEMI nahm deutlich zu von 39,7% in 2005 auf 65,3% in 2015, insgesamt 142.937 Fälle (+74,4 % zu 2005), Altersmittel (je 2015) 72,1 Jahre. Deutlich rückläufig waren in dieser Periode transmurale

Vorderwand- (-29,1 %, Altersmittel 66,4 Jahre) und Hinterwandinfarkte (-30,7 %, Altersmittel 65,5 Jahre).

Die Fälle mit Hauptdiagnose instabile Angina pectoris gingen ebenfalls deutlich zurück: von 165.780 Fällen auf 103.639 Fälle (-37,5 %), dagegen blieben die Zahlen für stabile Angina pectoris nahezu unverändert: 117.063 in 2015 (+1,4 % zu 2005) Altersmittel bei beiden 68,4 Jahre.

220.595 diagnostische Herzkatheter ohne weitere Maßnahmen und 690.745 insgesamt wurden 2008 durchführt. Diese Zahlen stiegen auf 442.438 (+100,5 %, Altersmittel 68,9 Jahre) und 822.911 (+19,1 %). Die Gesamtzahl der Perkutan-transluminalen Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen (PCI) stieg von 2008 mit 488.542 Interventionen auf 640.659 in 2015 (+31,1 %, Altersmittel 69,0 Jahre). Dabei nahm der Anteil von Interventionen an mehreren Koronararterien zu, von 11,1 % auf 13,6 %. Laut Qualitätsberichten wurden 2015 zusätzlich diagnostisch 23.542 CT-Angio-Untersuchungen, 85.360 SPECT und 57.477 Kardio-MRT durchgeführt, wobei diese Zahlen möglicherweise nicht vollständig sind.