

EINSCHÄTZUNG | Konstantin Nikolaou



Foto: privat

**„Mit diesem G-BA Beschluss steht nun auch den Patienten in Deutschland eine leitliniengerechte KHK-Diagnostik zur Verfügung.“**

Prof. Dr. med. Konstantin Nikolaou, Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsklinikum Tübingen, Präsident der Deutschen Röntgengesellschaft

Was der Gemeinsame Bundesausschuss am 18. Januar 2024 beschlossen hat, ist ein Meilenstein in der Gesundheitsversorgung von gesetzlich versicherten Patienten mit Verdacht auf eine KHK. Schon mit Einführung der aktuellen Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) zum chronischen Koronarsyndrom (CCS) aus dem Jahre 2019 wurde gefordert, dass bei symptomatischen Patienten, bei denen eine obstruktive KHK durch die klinische Untersuchung und Einschätzung nicht ausgeschlossen werden kann, nichtinvasive morphologische Verfahren wie die CCTA oder nichtinvasive funktionelle ischämienachweisende Verfahren als diagnostische Methode der ersten Wahl zur Anwendung kommen sollen (2). Die ICA ist damit laut Leitlinie nur noch als alternative Diagnostik anzusehen, zum Beispiel in Fällen mit hoher Vortestwahrscheinlichkeit.

EINSCHÄTZUNG | Sigmund Silber



Foto: privat

**„Ferner bleibt zu befürchten, dass bei vielen unklaren Befunden dann doch wieder eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wird.“**

Prof. Dr. med. Sigmund Silber, Kardiologische Kassenarztpraxis, München, 1. Vorsitzender Berufsverband der Fachärzte für Kardiologie in freier Praxis (BFK)

Laut G-BA-Beschluss vom 18. Januar 2024 wird die nichtinvasive Koronarangiografie mit dem Herz-CT demnächst Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Zwar steht die Veröffentlichung im Bundesanzeiger noch aus, aber von dem Inkrafttreten ist auszugehen. Damit findet Deutschland endlich den Anschluss an viele europäische Länder, in denen das kontrastmittelgestützte Herz-CT bereits Teil der Regelversorgung ist. Laut G-BA-Beschluss ist das Herz-CT für Patienten und Patientinnen mit „Verdacht auf KHK“ und einer Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) von 15–50 % vorgesehen, um die Anzahl vieler überflüssiger Herzkatheter („Ausschluss KHK“) zu reduzieren. Dieses Konzept ist sicher richtig, setzt allerdings a priori die Miteinbeziehung kardiologischer Expertise voraus. Diese garantiert eine gezielte Indikationsstellung sowie eine große Erfahrung in der Interpretation der Koronarangiogramme und eine Einordnung in

Mit diesem G-BA-Beschluss steht nun auch den Patienten in Deutschland eine leitliniengerechte KHK-Diagnostik zur Verfügung. Explizites Ziel des G-BA-Beschlusses ist dabei unter anderem die Reduktion der Häufigkeit invasiver diagnostischer Prozeduren. Dies reduziert auch die Häufigkeit methodenassoziierter Komplikationen signifikant, wie unter anderem in der multizentrischen europäischen DISCHARGE-Studie nachgewiesen werden konnte, mit einer Reduktion der Komplikationsraten von 1,9 Prozent auf 0,5 Prozent im Vergleich ICA zu CCTA (1).

Entscheidend für die erfolgreiche Implementierung der CCTA in der KHK-Diagnostik ist die korrekte Patientenselektion. Wie auch in der im Jahre 2022 aktualisierten Chronische KHK (4) empfohlen, soll die CTA der Koronararterien bei Patienten mit niedriger bis mittlerer klinischer Wahrscheinlichkeit (15–50 Prozent) für das Vorliegen eines CCS zur Anwendung kommen. Basis für eine korrekte Indikationsstellung ist die gute Kommunikation und Kooperation der die CCTA durchführenden Radiologen mit den zuweisenden Fach- und Hausärzten. Im Sinne der Qualitätssicherung und Optimierung des Strahlenschutzes hat die Deutsche Röntgengesellschaft für die Computertomografie des Herzens frühzeitig ein umfassendes Zertifizierungssystem etabliert, auf welches auch der zitierte G-BA-Beschluss referenziert. ■

**Interessenkonflikt:** Der Autor gibt an, Sachmittel- und Forschungsunterstützung von Siemens Healthineers erhalten zu haben.

die kardiologische Gesamtsituation der Patienten. Leider legt der GBA-Beschluss nicht fest, nach welcher der über 10 verschiedenen Methoden – mit zum Teil völlig unterschiedlichen Ergebnissen – die VTW bestimmt werden soll. Ferner bleibt zu befürchten, dass bei vielen unklaren Befunden dann doch wieder eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wird, was – im Gegenteil zur an sich richtigen initialen Absicht – zu einem Anstieg der Herzkatheteruntersuchungen führen könnte. Die andere Frage ist, ob das Herz-CT die nichtinvasive bildgebende Ischämiediagnostik (Stress-Echokardiografie, Stress-Myokardszintigrafie, Stress-MRT) ersetzen kann beziehungsweise wird. Hier plädiere ich für ein klares Nein. Das Krankheitsbild der INOCA (Ischämie ohne Stenosen der großen Koronararterien) gewinnt zunehmend an Bedeutung, zumal es nicht nur oft eine unklare Symptomatik erklärt, sondern auch prognostisch relevant ist. Denn ein unauffälliges Herz-CT, das heißt kein Nachweis von Stenosen der großen epikardialen Koronararterien, kann eine Erkrankung der kleinen Koronargefäße, die ebenfalls zu einer Myokardischämie führen kann, nicht ausschließen. Somit gehört unverändert zur exakten Abklärung einer belastungsabhängigen thorakalen Symptomatik nicht nur die Kenntnis der Koronar Anatomie, sondern auch der bildgebende Nachweis/Ausschluss einer myokardialen Belastungsischämie, um herzkranken Patienten nicht fälschlicherweise als „herzgesund“ zu bezeichnen. ■

**Interessenkonflikt:** Der Autor gibt an, keine Interessenkonflikte zu haben.

# Welche Diagnostik zuerst?

Noch in diesem Jahr soll die ambulante CT-Koronarangiografie zur Kassenleistung werden. Ziel ist unter anderem, invasive Diagnostik mittels Herzkatheter wenn möglich zu vermeiden. Welche Konsequenzen daraus entstehen erklären drei Experten aus Kardiologie und Radiologie.

Die Zahl invasiver Koronarangiografien nimmt in Deutschland stetig zu. Laut Herzbericht wurden 2021 insgesamt rund 745 000 Linksherzkatheteruntersuchungen durchgeführt – 2020 waren es 731 000. Und das, obwohl die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Koronare Herzkrankheit (KHK) bei niedriger und mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit für eine KHK davon abrät, eine invasive Koronarangiografie durchzuführen. Die Computertomografie-Koronarangiografie (CCTA) bietet eine nichtinvasive Alternative zur Ko-

ronarangiografie mittels Linksherzkatheter (ICA). Als funktionelle Tests stehen die Stressechokardiografie, Myokardszintigrafie oder Magnetresonanztomografie zur Verfügung. Ein Grund für den häufigen Einsatz der ICA könne sein, dass diese Kassenleistung ist, die CCTA jedoch nicht, schlussfolgert das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2023 in einer Stellungnahme. Das soll sich jedoch noch in diesem Jahr ändern: Anfang 2024 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die

ambulante CCTA in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufzunehmen. Dem IQWiG zufolge würden invasive Diagnoseverfahren seltener notwendig, wenn die CCTA andere Diagnoseverfahren ersetze. Das *Deutsche Ärzteblatt* hat Fachleute gefragt, welche Diagnostik zuerst angewandt werden sollte und welche Konsequenzen der GB-A Beschluss hat. **Dr. med. Mirjam Martin**



Literatur

<https://daebl.de/TW89>

## EINSCHÄTZUNG | David M. Leistner

Foto: Leistner, Universitätsmedizin Frankfurt



„Durch die kürzlich vom G-BA beschlossene Aufnahme der CCTA als GKV-Regelleistung ist das CT nun primäres Werkzeug zur nichtinvasiven KHK-Diagnostik.“

Prof. Dr. med. David M. Leistner, Direktor  
Universitäres Herz- und Gefäßzentrum am  
Universitätsklinikum Frankfurt

Zunehmendes Lebensalter und die Tatsache, dass in den westlichen Ländern in den letzten Jahrzehnten das Thema der effektiven kardiovaskulären Prävention nicht in den Fokus gestellt wurde, führt zu einer steigenden Anzahl von Personen mit hohem Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung oder bereits stattgehabtem koronarem Ereignis. Dabei sind immer fortgeschrittenere Phänotypen der koronaren Atherosklerose zu beobachten, die ein rationales und effektives Management in Diagnose und Therapie erfordern. Die Zeiten in denen großzügig zur invasiven Herzkatheteruntersuchung geraten wurde, gehören der Vergangenheit an. Mit modernen Technologien der koronaren CT-Angiografie gelingt in Zentren mit Fachkompetenz, die durch spezialisierte interdisziplinäre Teams aus Radiologie und Kardiologie sinnvoll repräsentiert ist, die frühe und zuverlässige Detektion von vulnerablen Personen (1). Daher sollen Patientinnen und Patienten mit niedriger Vortestwahrscheinlichkeit bei klinischem Verdacht auf eine KHK primär eine koronare CT-Diagnostik durchlaufen, aus der sich eine weiterfüh-

de invasive Koronardiagnostik (bei Stenosenachweis) oder eine personalisierte präventive Einstellung von kardiovaskulären Risikofaktoren (bei Stenoseausschluss) ableiten lässt (2). Durch die kürzlich vom G-BA beschlossene Aufnahme der CCTA als GKV-Regelleistung ist das CT nun primäres Werkzeug zur nichtinvasiven KHK-Diagnostik.

Bei Menschen mit chronischem Koronarsyndrom (früher als „stabile KHK“ bezeichnet) stellt aktuell weiter Ischämie das zentrale Behandlungsziel dar und erfordert eine frühe nichtinvasive Ischämiedetektion als Basis von Diagnostik und Therapieplanung. Eine solche funktionelle Testung ist per Stress-Echokardiografie, Stress-MRT und Myokardszintigrafie sinnvoll möglich – die in Deutschland noch breit gelebte ergometrische Belastung zur Anfertigung eines Belastungs-EKGs mit dem Ziel des Ischämienachweises ist aufgrund unzureichender diagnostischer Performance nicht mehr zu empfehlen (2, 3). Ein funktioneller bildmorphologischer myokardialer Ischämietest sollte immer dann erfolgen, wenn entweder bei KHK-suggestiver Beschwerdesymptomatik eine hohe Vortestwahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK besteht oder bei bekanntem Koronarstatus (bekannte KHK) die hämodynamische Relevanz von intermediären Koronarläsionen bestimmt werden soll (2, 3).

Die primäre invasive Herzkatheterdiagnostik sollte künftig nur noch Fällen des akuten Koronarsyndroms, Menschen mit klinischer Symptomatik und sehr hoher Vortestwahrscheinlichkeit oder bei Zeichen der stattgehabten Myokardschädigung vorbehalten sein. ■

**Interessenkonflikt:** Der Autor gibt an, Honorare von Siemens Healthineers, Philips und Vulcano erhalten zu haben.

Zusatzmaterial Heft 9/2024, zu:

Im Kontext | Koronarstenose

# Welche Diagnostik zuerst?

Noch in diesem Jahr soll die ambulante CT-Koronarangiografie zur Kassenleistung werden. Ziel ist unter anderem, invasive Diagnostik mittels Herzkatheter wenn möglich zu vermeiden. Welche Konsequenzen daraus entstehen, erklären drei Experten aus Kardiologie und Radiologie.

## Literatur

1. Maurovich-Horvat P, Bosserd M, Kofoed KF, et al.: Invasive Coronary Angiography in Stable Chest Pain. *N Engl J Med* 2022; 28: 386 (17): 1591–602.
2. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al.: ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 14. Januar 2020; 41 (3): 407–77.
3. Möllmann H, Leistner DM, Schulze PC; et al.: Kommentar zu den Leitlinien (2019) der ESC zum chronischen Koronarsyndrom. *Kardiologie* 2020; 14: 482–91.
4. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK, Version 6.0. 2022.