



Berichte von der 90. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Mannheim, 3.–6. April 2024

Quelle: DGK-Presskonferenz, Mannheim, 3. April 2024

viel „herzkathetert“ wie in Deutschland. Die bessere Alternative sind moderne nicht-invasive Verfahren.

Vorgehen anhand der Vortestwahrscheinlichkeit

Allerdings erfordert das diagnostische Vorgehen klinische Erfahrung und wird noch nicht in allen Facetten von der GKV bezahlt. Laut Leitlinie orientiert es sich an der Vortestwahrscheinlichkeit, die zunächst bestimmt werden soll:

- bei niedriger Wahrscheinlichkeit unter 15% kann der Patient beruhigt und nach Hause geschickt werden;
- bei einer Wahrscheinlichkeit von 15–50% wird das Koronar-CT empfohlen;
- bei höherer Wahrscheinlichkeit (> 50%) erfolgt eine bildgebende Ischämiediagnostik, wobei die Stress-MRT aussagekräftiger ist als die Szintigrafie, das Stress-Echo und erst recht als die Ergometrie;
- bei sehr hoher Wahrscheinlichkeit bzw. hohem klinischen Verdacht kann weiterhin primär eine Abklärung via Herzkatheter erwogen werden.

Kardio-CT wird Kassenleistung

Die modernen nicht-invasiven Verfahren kamen bisher aber nur ambulant für Privatpatienten sowie in Kliniken „über gewisse Abrechnungsumwege“ zur Anwendung, so Thiele. Erfreulicherweise wird sich das bald ändern: Das Kardio-CT soll laut G-BA-Beschluss in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden.

Allerdings sollte die Kardio-CT-Diagnostik nicht erfolgen, ohne dass ein Kardiologe bzw. eine Kardio-

login bei Indikationsstellung und Befundinterpretation involviert wird, erläuterte Thiele. Zwar erkennt das Kardio-CT tatsächliche KHK-Fälle recht zuverlässig. „Wir wissen aber, dass es Stenosen eher überschätzt, was zu einer signifikanten Rate falsch positiver Befunde führt. Diese können dann zu unnötiger Folgediagnostik oder unnötiger Therapie führen“, so Thiele. Für Patienten mit bekannter KHK ist das Kardio-CT keine sinnvolle Option.

Interdisziplinäres Team gefordert

Laut Thiele verfügt die Radiologie über die technische Kompetenz und die Erfahrung mit der Bildgebung, die Kardiologie über die klinische Kompetenz zusammen mit der Erfahrung der Bildgebung über alle Modalitäten und v. a. die Erfahrung mit der Behandlung. Ideal ist es deshalb, beide einzubinden.

Wie geht es weiter mit dem Kardio-CT? Als nächstes wird der erweiterte Bewertungsausschuss den G-BA-Beschluss in eine EBM-Ziffer übersetzen. Thiele hofft, dass bei diesem Prozess Qualitätskriterien, die Kardiologen als essenziell erachten, verankert werden. ■

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Die diagnostische Methode der KHK-Abklärung orientiert sich an der Vortestwahrscheinlichkeit.
2. Bei mittelhoher Wahrscheinlichkeit wird das Kardio-CT empfohlen, welches nun Kassenleistung wird.
3. Hausärztinnen und Hausärzte sollten auf jeden Fall einen Kardiologen/eine Kardiologin einbinden.

Nach der Pandemie: Aufholen bei der Prävention ist angesagt

Kardiovaskuläre Risikolage -- Autor: Philipp Grätzel

Die kardiovaskulären Folgen der Pandemie werden gerne dem Coronavirus angelastet. Aber auch Defizite bei Prävention und leitliniengerechter Therapie zollen ihren Tribut.

Schon früh in der Pandemie wurde ein Anstieg der kardiovaskulären Mortalität beobachtet. Eine Ursache könnten späte oder gar keine Akutversorgung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom gewesen sein. Andere Daten deuten auf Defizite in der Risikofaktorkontrolle hin, etwa jene der ELITE-Kohorte, eine populationsbezogene Lebensstil-Studie im Münsterland. Sie zeigen, dass sich Fälle von unkontrolliertem Blut-

druck, subjektiver Stressbelastung, depressiver Symptomatik und Gewichtszunahme deutlich gehäuft haben. Das kardiovaskuläre Risikoprofil hat sich in der Pandemie verschlechtert, so Studienleiter Prof. Holger Nef vom Segeberger Herz- und Gefäßzentrum. Auch kam es zu einem Einbruch bei den Verordnungen von Leitlinien-Medikamenten, etwas von Sacubitril/Valsartan bei Herzinsuffizienz, so eine Analyse der Uni Würzburg. Es dauerte lange, bis das Vor-Covid-Niveau wieder erreicht war.

Fazit: Auch heute noch besteht Nachholbedarf bei der Prävention und der leitliniengerechten Therapie. ■

Quelle: Kerwagen F et al. DGK-Jahrestagung; Poster-Session 13