

Routine- oder Reservemassnahme?

Aufruhr um unnötige Herzkatheter – eine Chance für die Hausarztmedizin

Sima Djalali, Corinne Chmiel, Oliver Senn

Geht es um den Herzkatheter bei stabiler Angina pectoris, scheiden sich Geister und erhitzen sich Gemüter. Eine Studie aus dem Institut für Hausarztmedizin Zürich griff das Thema auf.

Seit Jahren steigt die Zahl der Koronarangiographien weltweit, so auch in der Schweiz. Aus dem experimentellen Eingriff ist längst Routine geworden, und die Komplikationsraten sind gesunken. Und doch bleibt die Untersuchung ein invasiver Eingriff, der bei Patienten mit stabiler Angina pectoris nicht an erster Stelle der Diagnostik stehen sollte, wenn nicht-invasive Alternativen zur Verfügung stehen.

Eine Frage sorgt für Aufruhr

Wie häufig werden in der Schweiz dennoch elektive Koronarangiographien ohne vorgehende Ausschöpfung nicht-invasiver Diagnostik durchgeführt? Diese Frage wurde vom Institut für Hausarztmedizin Zürich anhand von Krankenkassendaten der Helsana-Versicherung untersucht und sorgte für einige mediale Aufmerksamkeit.

Eine Frage der Vortestwahrscheinlichkeit

Entscheidend für die Wahl des Abklärungsvorgehens bei Verdacht auf koronare Herzkrankheit (KHK) bzw. auf eine Progression bei bekannter KHK sollte die Vortestwahrscheinlichkeit sein, d.h. die Wahrscheinlichkeit, mit der das klinische Bild und die Anamnese dafür sprechen, dass die Erkrankung vorliegt, bevor eine zusätzliche diagnostische Massnahme durchgeführt wird. Ausser bei Hochrisikopatienten (Vortestwahrscheinlichkeit >85%) empfehlen (inter-)nationale kardiologische Fachgesellschaften nicht-invasive Untersuchungen als ersten Schritt bei der Abklärung einer KHK statt einer Koronarangiographie.

Eine Frage der Reihenfolge

In der Studie [1] wurden die Versicherungsdaten von 2714 Patienten (>18 Jahre) analysiert, die in den Jahren

2012 und 2013 eine elektive Koronarangiographie erhalten hatten. Als solche galten Koronarangiographien ohne zeitgleiche/nachfolgende Angioplastie/Stenting oder einen kardiochirurgischen Eingriff – also invasive, diagnostische Untersuchungen ohne therapeutische Konsequenzen. Ausgeschlossen waren Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt bzw. Notfalleingriffe. Erhoben wurde, ob diese Patienten zuvor eine angemessene nicht-invasive Diagnostik erhalten hatten, d.h. konkret eine oder eine beliebige Kombination der folgenden Untersuchungen:

- Belastungs-EKG;
- Transthorakale Ruhe-Echokardiographie;
- Stress-Echokardiographie;
- Myokard-Szintigraphie;
- Computertomographie des Herzens;
- Magnetresonanztomographie des Herzens.

Ist ein beträchtlicher Anteil von Koronarangiographien unangemessen?

Eine Frage der Notwendigkeit

Die Studie zeigte, dass von den untersuchten Patienten 1018 (37,5%) die Koronarangiographie ohne vorausgehende nicht-invasive Untersuchung erhalten hatten. Die Zahl bestätigt einen Verdacht, dass trotz existierender Guideline-Empfehlungen ein beträchtlicher Anteil von Koronarangiographien unangemessen ist. Entsprechend unnötig sind die damit verbundenen potenziellen Risiken für den Patienten und die Kosten für das Gesundheitssystem. Die Resultate der Studie wurden als «typischer Fall von Überversorgung» von der Laienpresse aufgegriffen, und die gängige Praxis der Kardiologen wurde entsprechend kritisiert. Kardiologenvertreter konterten: Obwohl auch seitens der kardiologischen Fachgesellschaft eine Überversorgung «diagnostischer Koronarangiographien» konstatiert wurde, stand die Kritik an der Methodik der Studie im

Vordergrund, und das «Ausmass» der Überversorgung wurde als «überschätzt» kritisiert. Ebenfalls wurde der Nutzen des Stress-EKGs als sinnvoller nicht-invasiver Abklärungsuntersuchung in Frage gestellt.

Eine Frage der Zukunftsperspektive

In der Schweiz gibt es keine Vorstudien in dem Bereich, die zum Vergleich und zur Einordnung der Studienresultate dienen könnten. Vergleichbare Studien stammen aus dem US-amerikanischen Gesundheitssystem und zeigen ähnliche Raten unangemessener Koronarangiographien im Bereich von 29–44%.

Auch wenn man sich über das exakte Ausmass der Überversorgung akademisch weiter streiten wird, stellt sich die Frage, wie die vorhandenen Empfehlungen zum Einsatz der nicht-invasiven Testverfahren zur Abklärung einer KHK in Zukunft besser umgesetzt werden können. Dies ist umso wünschenswerter, als die Literatur zeigt, dass diese Verfahren kosteneffiziente «gatekeeper» zur invasiven Koronarangiographie darstellen [2].

Gefragt: die Hausarztmedizin

Natürlich sind einerseits Kardiologen gefragt, die Empfehlungen zur Stufendiagnostik einzuhalten. Andererseits haben wir als Hausärzte und potentielle Zuweiser von Patienten zur Koronarangiographie die Möglichkeit, unangemessene Untersuchungen zu verhindern.

Obwohl kritisiert, hat das Belastungs-EKG im klinischen Alltag immer noch einen hohen Stellenwert. Viele gute Gründe sprechen für den Einsatz: die leichte Verfügbarkeit, niedrige Kosten und die Möglichkeit, die körperliche Leistungsfähigkeit des Patienten einzuschätzen, die von prognostischem Wert ist. Natürlich hat jede nicht-invasive Ischämie-Untersu-

Eine individualisierte, auf den Patienten zugeschnittene Herangehensweise ist eine Stärke der Hausarztmedizin.

chung ihre Vor- und Nachteile und die Auswahl hängt stark von der Fragestellung (diagnostisch/prognostisch) und den Patientencharakteristika ab. Pauschales Vorgehen, egal ob es in einer unnötigen Katheter- oder EKG-Untersuchung mündet, ist fragwürdig. Eine individualisierte, auf den Patienten zugeschnittene Herangehensweise ist eine Stärke der Hausarztmedizin. Genau diese Stärke ist auch gefragt, wenn es um die Abklärung der KHK geht.

Eine Sensibilisierung aller Beteiligten entlang der Behandlungskette ist notwendig, um die beste Wahl für und mit dem Patienten zu treffen.

Literatur

- 1 Chmiel C, Reich O, Signorell A, Tandjung R, Rosemann T, Senn O. Appropriateness of diagnostic coronary angiography as a measure of cardiac ischemia testing in non-emergency patients – a retrospective cross-sectional analysis. PLoS One. 2015;10(2):e0117172.
- 2 Gaemperli O: Stellenwert der nicht-invasiven Bildgebung in der Kardiologie. Praxis 2013;102(1):29–37.

Korrespondenz:

Dr. med. Sima Djalali
Institut für Hausarzt-
medizin

Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
sima.djalali[at]usz.ch