

Katheter-Untersuchung bei koronarer Herzkrankheit: Stents einsetzen oder erst mal abwarten?

Seit Februar 2016 steht die vierte Auflage der Nationalen VersorgungsLeitlinie Chronische KHK zum kostenlosen Download im Internet bereit. Vertreter von zehn Fachgesellschaften und Organisationen haben zwischen Juli 2014 und Februar 2016 die Kapitel Definition und Therapieziele, Epidemiologie, Schweregrade und Klassifikationen sowie Diagnostik bei (Verdacht auf) chronische(r) KHK komplett überarbeitet.

Notwendiges veranlassen, Unnötiges vermeiden

Im Bereich der Diagnostik hat sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel vollzogen: Nicht maximale Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden Methoden ist das Ziel, sondern passgenaue Untersuchungen für jeden einzelnen unter Berücksichtigung der Krankengeschichte, aber auch der Behandlungsziele. Die Anamnese und die Basisdiagnostik nehmen bei der chronischen KHK einen hohen Stellenwert ein: Mit ihrer Hilfe und standardisierten Risikoscores lässt sich eine sogenannte „Vortestwahrscheinlichkeit“ ermitteln. Diese setzt sich zusammen aus Alter, Geschlecht, Art, Auftreten und Dauer der Beschwerden. Liegt sie bei 15% oder weniger, empfiehlt die Leitlinie keine weitere Untersuchung. Hier sollen die Ärztinnen und Ärzte andere Ursachen für die Beschwerden annehmen. Bei einer Vortestwahrscheinlichkeit von 85% und höher soll ohne weitere Tests eine KHK angenommen und mit der Behandlung begonnen werden. Zwischen 15 und 85% sollen weitere Untersuchungen folgen.

Große Bandbreite an Verfahren

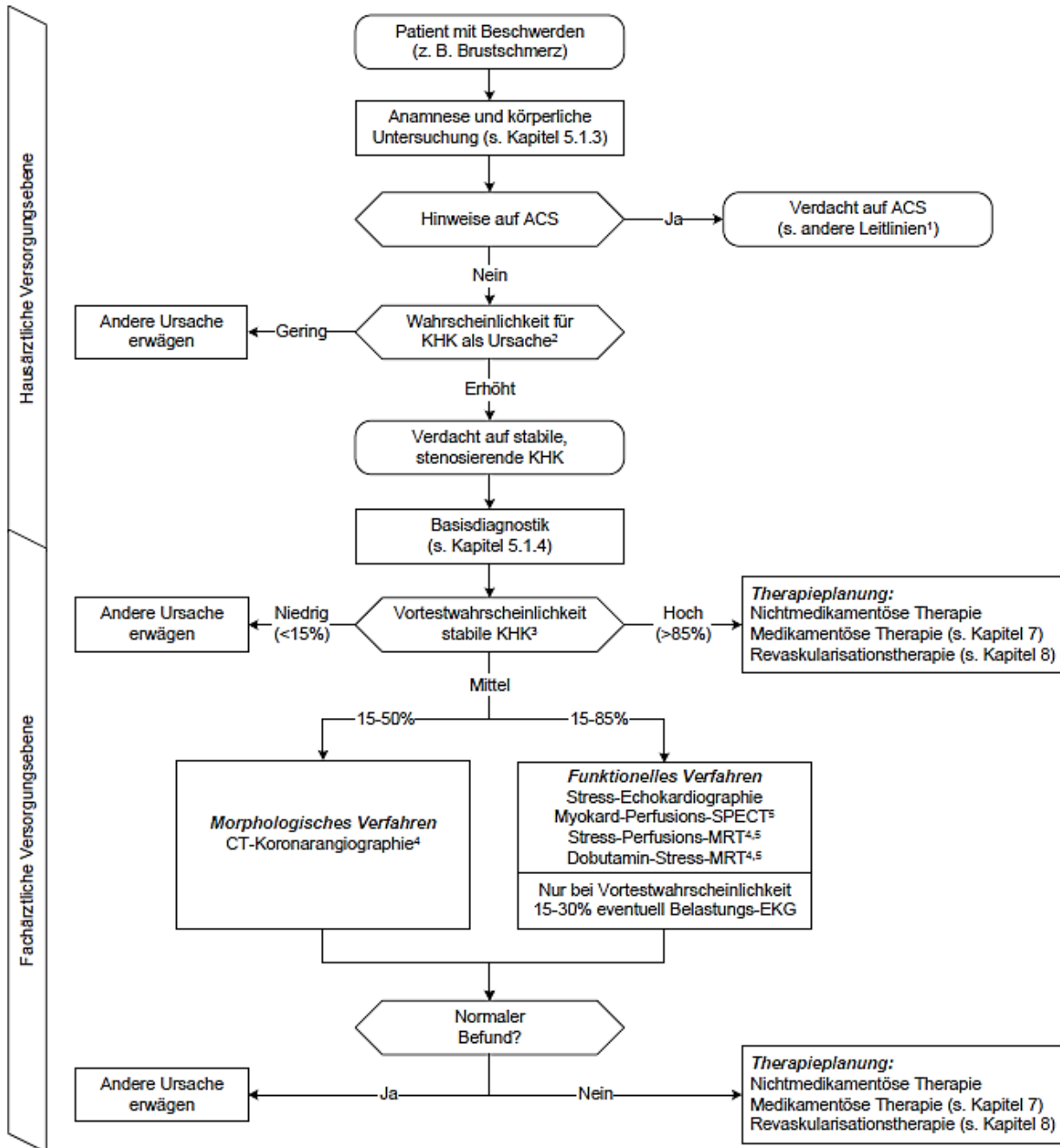
Die Zahl der nicht-invasiven Verfahren, mit denen sich eine chronische KHK diagnostizieren lässt, hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Alle haben ihre Stärken und Schwächen. Welche zum Einsatz kommen sollen, hängt laut Leitlinie neben der Vortestwahrscheinlichkeit auch von der Erfahrung der Untersucher, den jeweiligen Testrisiken und der Eignung der Patienten ab. Belastungs-EKG beziehungsweise CT-Koronarangiographie werden eingeschränkt (bei eher geringer bis mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit) empfohlen, die anderen nicht-invasiven Verfahren sieht die Leitlinie als etwa gleichwertig an.

Zurückhaltung bei invasiver Diagnostik

Herzkatheteruntersuchungen dienen dazu, die Indikation für eine Bypass-OP abzuklären. Sie sollen daher nur bei Menschen zum Einsatz kommen, die - nach entsprechender Beratung – aus prognostischen Gründen zu einer Bypass-OP bereit sind und bei denen keine Kontraindikation für die OP besteht. Auch wer sich nach nicht-invasiver Diagnostik zunächst für eine medikamentöse Therapie entscheidet, seine Beschwerden aber nicht loswird, soll eine Herzkatheteruntersuchung erhalten.

Sämtliche Empfehlungen zur Diagnostik zielen darauf, dass alle Betroffenen die Untersuchungen erhalten, die in ihrer persönlichen Situation angemessen ist. Unnötige Maßnahmen, die immer auch eine unnötige Belastung darstellen, sollen aber unterbleiben.

Algorithmus: Diagnostik bei Verdacht auf KHK



Legende:

- ¹ Für die Behandlung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom wird auf die Leitlinien siehe Literaturstellen [18-25] verwiesen.
- ² Wahrscheinlichkeit für KHK als Ursache (siehe Marburger Herz-Score Tabelle 8, Kapitel 5.1.3 Anamnese und körperliche Untersuchung)
- ³ Vortestwahrscheinlichkeit für eine stenosierende KHK (siehe Tabelle 9, Kapitel 5.1.3 Anamnese und körperliche Untersuchung)
- ⁴ Derzeit nicht im Leistungsumfang der GKV, kann im Rahmen von IV-Verträgen erstattet werden
- ⁵ Teilweise handelt es sich bei den eingesetzten Arzneimitteln um einen Off-Label-Use. Hierzu müssen die im Hintergrundtext beschriebenen Kriterien beachtet werden.

Impressum:

NVL-INFO zum Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien in der Trägerschaft von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).
 Redaktion und Pflege: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin. E-Mail: nvl@azq.de