

Offener Brief

Dr. med. F. Goss, BNK Bayern, Weinstr. 3, 80333 München

An Herrn
Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes KVB
Arabellastr. 30

81925 München



Dr. med. Franz Goss
Regionalvorsitzender Bayern

Weinstraße 3
80333 München

Tel.: 0 89 / 222 771
Fax 0 89 / 2916 0679
e-mail: franz.goss@web.de

Sehr geehrter Herr Kollege Munte,

DMP-KHK: Ergänzungs- und Modifizierungsvorschläge zu den Empfehlungen des Koordinierungsausschusses vom 31.03.2003

1. Hintergrund

Der BNK begrüßt grundsätzlich das DMP-KHK, wenn

- dadurch das hohe Niveau der ambulanten fachärztlichen kardiologischen Versorgung weiterhin gewährleistet bzw. verbessert wird und
- die Indikationen zu nichtinvasiven und invasiven Untersuchungen entsprechend den Zielen einer noch besseren Versorgung genauer definiert werden.

Die Empfehlungen des Koordinierungsausschusses in der Fassung vom 31.03.2003 lassen allerdings einerseits in der nichtinvasiven Diagnostik das seit über 20 Jahren bewährte und praktizierte Konzept der Stufendiagnostik vermissen, andererseits sind die Indikationen zur invasiven Diagnostik zu großzügig ausgelegt. Somit kommt es gemäß dem DMP-KHK in der jetzigen Version zu einer Unterversorgung in der nichtinvasiven Stufendiagnostik. In der Konsequenz bedeutet dies für Patienten mit niedrigem und mittlerem Risiko einer koronaren Herzerkrankung, dass sie an dem DMP-KHK-Programm nicht teilnehmen können.

Durch eine ausgleichende „Umschichtung“ in den Empfehlungen (weniger invasiv und mehr nichtinvasiv) können die hier vorgeschlagenen Änderungen durchaus kostenneutral vorgenommen werden.

2. Nichtinvasive Diagnostik

Stressechokardiographie und Myokardszintigraphie sind nicht nur als Ersatz bei den in der jetzigen Version genannten Limitationen des Belastungs-EKGs anzusehen, sondern stellen aufgrund ihrer im Vergleich zum Belastungs-EKG höheren Sensitivität und Spezifität wertvolle Bestandteile der Stufendiagnostik dar (Garber, 1999; Solomon, 1999; Silber, 1996).

Belastungs-EKG

Sensitivität	Spezifität	Zahl der Studien analysiert	Zahl der Patienten
68%	77%	132	24 074

Myokardszintigraphie (SPECT)

Sensitivität	Spezifität	Zahl der Studien analysiert	Zahl der Patienten
88%	77%	8	628

Stressechokardiographie

Sensitivität	Spezifität	Zahl der Studien analysiert	Zahl der Patienten
76%	88%	10	1 174

Die Überlegenheit der nichtinvasiven bildgebenden Verfahren ist in der wissenschaftlichen Literatur unbestritten (Lee et al., N Engl J Med 2001;344:1840), und es ist deshalb umso verwunderlicher, dass diese Methoden, die insbesondere bei Patienten mit niedrigem und mittlerem Risiko einer koronaren Herzerkrankung eingesetzt werden, in das DMP-Programm KHK keinen Eingang gefunden haben.

Völlig vernachlässigt wird in der Bedeutung der nichtinvasiven Diagnostik die Aussage dieser Untersuchungsverfahren für die Prognose des Patienten.

Im Gegensatz zur Invasivdiagnostik, die bisher keinen wesentlichen Beitrag zur *Prognose* der KHK-Patienten leisten konnte, haben sowohl die nuklearmedizinische Diagnostik (Hachamovitch, *Circulation* 1996; Berman, *J Am Coll Cardiol* 1996) wie auch die Stressechokardiographie unbestreitbare, eindeutige Informationen geliefert.

Der negative prädiktive Wert der Stressechokardiographie und Myokardszintigraphie, bei unauffälligem Befund keinen Herzinfarkt zu erleiden, beträgt 99,2% für das 1. Jahr und 97,4% für die folgenden 3 Jahre nach der Untersuchung (Cortigiani, *J Am Coll Cardiol* 1998).

Kostenanalyse

Vergleichende Kostenanalysen sind in der Literatur lediglich aus den USA bekannt. Aus diesen Zahlen geht hervor, dass die bildgebenden Verfahren der SPECT-Myokardszintigraphie und des Stressechokardiogramms in der Gesamtversorgung eines KHK-Patienten günstiger sind im Vergleich zum Belastungs-EKG als diagnostische Basis (Garber, *Ann Intern Med* 1999; Kuntz, *Ann Intern Med* 1999).

Dies gilt insbesondere auch in der Nachsorge von Patienten mit Bypassoperationen, wo der nichtinvasive Abschluss einer relevanten Belastungsischämie hohe Kosten durch die Vermeidung einer Koronarangiographie spart (Lauer, *Lancet* 1998).

Unverständlich ist auch das Fehlen der Ruhe-Echokardiographie als Aufnahmekriterium in ein DMP-KHK, zumal diese Methode eine ebenfalls unbestritten valide Information zur Pumpfunktion des linken Ventrikels wie auch den Nachweis einer regionalen Wandbewegungsstörung (z.B. stumme Infarkte, insbesondere bei Diabetikern) diagnostiziert.

Unter Therapieklassen 1.5 werden die Entscheidung zur Koronarangiographie von einer „Auswurfraction < 45%“ und die Entscheidung zur Revaskularisation von der „regionalen Vitalität“ abhängig gemacht. Diese Informationen sind ausschließlich über die bildgebenden Verfahren des Echokardiogramms, Stressechokardiogramms mit pharmakologischer Belastung und der Myokardszintigraphie zu gewinnen.

In diesem Zusammenhang sei auch auf die „Behandlungsleitlinie koronare Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie“ verwiesen (www.dgk.org), die die nichtinvasive Stufendiagnostik auf evidenzbasierten Grundlagen vorgibt.

3. Indikationen zur Herzkatheteruntersuchung

a) Bei klinisch manifester KHK

In der jetzigen Version ist bei Patienten, „die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben“, die Indikation zur Herzkatheteruntersuchung gegeben. Aber entsprechend den neuesten Richtlinien der USA (Braunwald) und Europas (Bertrand, van de Werf) müssen nicht alle Patienten mit akutem Koronarsyndrom einer invasiven Diagnostik zugeführt werden.

Vorschlag:

Unter 1.5.3.1 sollte es heißen:

„Patienten mit akutem Koronarsyndrom, die als Hochrisikopatienten eingestuft werden“.

b) Bei Patienten mit hohem koronarem Risiko

In der jetzigen Version wird vorgeschlagen, dass bei Patienten mit Hochrisikomerkmale (z.B. auch im PROCAM-Score), unabhängig vom Schweregrad der Angina pectoris, die Indikation zur Koronarangiographie gegeben ist. Dies würde zu einer enormen Leistungsausweitung führen!

Vorschlag:

Punkt 3 von 1.5.3.1 wie folgt modifizieren:

„... Patienten mit Hochrisikomerkmale *und* Ischämienachweis in den nichtinvasiven Untersuchungsverfahren (Belastungs-EKG, Stressechokardiogramm, Belastungs-Myokardszintigraphie). ...“

4. Einschlusskriterien für das DMP-KHK

Wie in der jetzigen Version ausgeführt, können sowohl Patienten mit klinisch manifester KHK als auch Patienten mit hohem koronarem Risiko aufgenommen werden. Hier sollte zur genaueren Festlegung der Begriff des „KHK-Äquivalents“ genannt werden.

Vorschlag:

Neuaufnahme des Begriffs „KHK-Äquivalent“ unter Punkt 1.4.

In internationaler Übereinstimmung ist diese Patientengruppe definiert, wenn ihr Risiko, in den nächsten 10 Jahren ein koronares Ereignisses zu erleiden, über 20% liegt. Dieses Risiko kann – wie in der jetzigen Fassung ausgeführt (Literatur [5] der jetzigen Version) – anhand des PROCAM-Punktesystems einfach bestimmt werden. Alternativ stehen aber auch die FRAMINGHAM- (NCEP) oder die neuen SCORE-Tabellen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC Third Task Force) zur Verfügung.

Als KHK-Äquivalent sind auch Patienten mit Diabetes mellitus (NCEP) oder einem Knöchel-Arm-Index < 0,9 (ESC Third Task Force) anzusehen. In diesem Zusammenhang sollte auch das metabolische Syndrom genannt werden.

5. Weitere Anmerkungen

Die ambulante Rehabilitation sollte genannt und bevorzugt werden, da ihr Stellenwert in einem ganzheitlichen therapeutischen Ansatz der kardiologischen Therapie seit vielen Jahren belegt ist (Gohlke, Z Kardiol 2002). Der BNK unterstützt den ganzheitlichen Ansatz von wohnortnaher Rehabilitation und Prävention. Der ambulanten Rehabilitation ist der Vorzug vor einer stationären Rehabilitation zu geben, da diese bei medizinischer Gleichwertigkeit erheblich kostengünstiger zu erbringen ist (Wendland, Z Kardiol 2002).

Der Begriff „stationär“ sollte durch „Klinik“ ersetzt werden, da es sonst zu einer Benachteiligung der niedergelassenen Kardiologen mit einer Praxisklinik käme.

Bei den Parametern zum Einschluss bzw. zur Verlaufskontrolle fehlen das Körpergewicht und die Körpergröße, aus denen dann der BMI errechnet werden kann. Auch sollte der einfach zu messende und prognostisch wichtige Taillen- bzw. Hüftumfang aufgenommen werden.

HDL: Entsprechend den Richtlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC Third Task Force) kommt der Kombination von Gesamtcholesterin und HDL eine größere Bedeutung zu als dem LDL. Wenn das LDL genannt wird, sollte auch das HDL gemessen werden.

Dr. med. Franz Goss
Regionalvorsitzender
BNK Bayern

Prof. Dr. med. Sigmund Silber
Invasivbeauftragter
BNK Bayern

Dr. med. Fokko de Haan
1. Vorsitzender
Bundesverband Niedergelassener Kardiologen