

Stellungnahme zum Bericht des Swiss Medical Board zur koronaren CT-Angiographie

Muss das Rad jedes Mal neu erfunden werden?

François Mach,
Stephan Windecker

Im Namen des Vorstands der
Schweizerischen Gesellschaft
für Kardiologie

Eine Stellungnahme des
Swiss Medical Board findet
sich im Anschluss an diesen
Beitrag.

Das Swiss Medical Board (SMB) ist eine unabhängige Instanz, die Analysen zu ausgewählten diagnostischen Prozeduren und Therapien aus medizinischer, ökonomischer, ethischer und juristischer Sicht erstellt. Vor einiger Zeit hat das Swiss Medical Board einen Bericht zum Nutzen der koronaren CT-Angiographie in der Diagnostik der koronaren Gefässkrankheit veröffentlicht. Dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) ist es ein Anliegen, einige Punkte zu thematisieren, die bei der Interpretation dieses Berichtes in Betracht gezogen werden sollten.

Generelle Anmerkungen

Die wissenschaftliche Evaluation von diagnostischen Prozeduren, medizinischen Therapien und Patientenmanagement wird in der Regel durch Organe der jeweiligen Fachgesellschaften wie der Schweizerischen oder Europäischen Gesellschaft für Kardiologie durchgeführt und im Rahmen von nationalen und internationalen Leitlinien-Dokumenten und Empfehlungen festgehalten. Diese Gesellschaften haben langjährige Erfahrung in der Erstellung von

diologie durch Mitglieder des SMB interviewt. Allerdings weicht die Endfassung des Dokumentes in wesentlichen Punkten von der Position dieses Experten wie auch der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie ab. Leider werden diese unterschiedlichen Positionen im veröffentlichten Bericht nicht erwähnt, und es wird damit fälschlicherweise suggeriert, dass die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie den Bericht unterstütze.

Das Dokument zur Verwendung der koronaren CT-Angiographie in der Diagnostik der koronaren Herzkrankheit selbst ist für die breite Leserschaft nicht verständlich formuliert. Mehrere Abschnitte im Bericht stützen sich auf Empfehlungen des National Institute of Clinical Excellence (NICE; Grossbritannien) ab. Der SGK Vorstand kann nicht nachvollziehen, warum der Bericht auf Kriterien zurückgreift, die in einem völlig anderen Gesundheitsversorgungssystem Anwendung finden mit divergierenden Vergütungs- und Qualitätssystemen. In diesem Zusammenhang fehlt eine kritische Auseinandersetzung darüber, ob die NICE Kriterien auf die Schweizer Verhältnisse übertragen werden können.

«Es wird damit fälschlicherweise suggeriert, dass die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie den Bericht unterstütze.»

qualitativ hochwertigen Leitlinien für die Praxis, mit dem Ziel der Umsetzung einer evidenz-basierten Medizin im Alltag.

Es ist bedenklich, dass trotz der spezifisch kardiologischen Fragestellung kein Fachspezialist als SMB-Experte im Fachgremium und der Autorenliste figuriert. Ebenso wird in keiner Weise erwähnt, wie die SMB-Experten selektioniert werden, wie oft sie sich treffen und ob alle Mitglieder des Panels mit der endgültigen Empfehlung einverstanden sind. Auch fehlen Informationen zu allfälligen finanziellen Entschädigungen, Interessenkonflikten und einem allfälligen Kontrollgremium. Darüber hinaus erscheint die Art und Motivation der Auswahl einzelner Themenkomplexe arbiträr und ermangelt einer Begründung. Dieser intransparente Prozess stellt die Glaubwürdigkeit des vom SMB erstellten Dokumentes in Frage und bedarf einer Erklärung gegenüber der breiten Öffentlichkeit.

Während des Konsultationsprozesses wurde ein Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Kar-

Spezifische Punkte

Die koronare CT-Angiographie und die invasive Koronarangiographie sind diagnostische Methoden zur Darstellung der Herzkranzgefässe. Gemäss der vorherrschenden Praxis wie auch der Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie sind die nicht-invasive und die invasive Diagnostik jedoch nicht sich konkurrenzierende Modalitäten, sondern vielmehr Methoden, die sich gegenseitig ergänzen und für unterschiedliche Patientenpopulationen geeignet sind. Daher wäre die Validierung und Analyse der koronaren CT-Angiographie gegenüber anderen nicht-invasiven Diagnosemethoden, vor allem der Stress-Echokardiographie, nuklearmedizinischen Untersuchungen und der Magnetresonanztomographie angebracht gewesen. Da andere nicht-invasive Methoden über eine mindestens ebenso fundierte Evidenz wie die koronare CT-Angiographie verfügen, sind die Empfehlungen in der Zusammenfassung unpräzise und irreführend.

Korrespondenz
Prof. Dr. med. François Mach
Präsident der Schweizerischen
Gesellschaft für Kardiologie
Schwarztorstrasse 18
CH-3007 Bern

Das wichtige Konzept der Vortest-Wahrscheinlichkeit in der Abklärung der koronaren Herzkrankheit wurde zwar aufgenommen. Allerdings werden im Bericht Schlussfolgerungen gezogen, die im Widerspruch zu etablierten Leitlinien stehen. So sollten bei Patienten mit geringer Vortest-Wahrscheinlichkeit (weniger als 10–15%) keine kardiale Bildgebung oder andere Tests durchgeführt werden. Des Weiteren ist es nicht korrekt, dass bei Patienten mit mittlerer Vortest-Wahrscheinlichkeit lediglich die koronare CT-Angiographie als diagnostische Methode in Frage kommt. Besteht in dieser Risikokategorie Bedarf nach Abklärungen, sollte ein auf den Patienten zugeschnittenes Vorgehen gewählt werden. Darüber hinaus wird nicht erwähnt, dass bei Patienten mit hoher Vortest-Wahrscheinlichkeit (>80–85%) die Diagnose einer koronaren Herzkrankheit mittels invasiver Koronarangiographie gesichert und im sel-

Oft ist nicht nur die Information über den Stenosegrad der Herzkrankgefäße ausschlaggebend für Therapieentscheide, sondern vielmehr die funktionelle Komponente von Koronarstenosen wie eine zugrundeliegende Ischämie und deren Ausmass. Ein grundlegender Nachteil der koronaren CT-Angiographie ist der Mangel, die funktionellen Auswirkungen einer Stenose zu messen. Mittels fraktioneller Flussreserve (FFR) ist dies im Rahmen einer invasiven Koronarangiographie problemlos möglich. Daher wird der Befund einer Koronarstenose mittels koronarer CT-Angiographie die Zahl der nachfolgenden invasiven Koronarangiographien weiter erhöhen. Es ist bedenklich, dass der funktionelle Ischämienachweis als wesentliches Element der nicht-invasiven Diagnostik vor einer allfälligen invasiven Koronarangiographie im Bericht nicht diskutiert wird. Bezüglich Komplikationen der invasiven Koronarangiographie

«Der SGK-Vorstand kann nicht nachvollziehen, warum der Bericht auf Kriterien zurückgreift, die in einem völlig anderen Gesundheitsversorgungssystem Anwendung finden.»

ben Untersuchungsgang therapeutisch eingegriffen werden kann, ohne eine zusätzliche koronare CT-Angiographie durchzuführen.

Wenn der Gesundheitsversorger den Patienten über die verschiedenen Möglichkeiten zur Abklärung einer (potentiellen) koronaren Herzkrankheit informiert, ist es ungenügend, nur die koronare CT-Angiographie und die invasive Koronarangiographie zu erwähnen. In der alltäglichen Praxis werden verschiedenste klinische Strategien angewandt: Bei einigen Patienten mit Brustschmerz reicht die Patientenanamnese aufgrund des tiefen Krankheitsrisikos für die abschliessende Beurteilung und Beratung der Patienten aus. Bei anderen Patienten liefert ein einfacher Stresstest (Ergometrie, Laufband) ausreichend Informationen für eine Entscheidungsfindung. Und wenn eine kardiale Bildgebung nötig ist, sollten verschiedene Verfahren in Betracht gezogen und im Bericht diskutiert werden (mit den entsprechenden Vor- und Nachteilen): Stressechokardiographie, Myokardperfusionsszintigraphie, kardiale Magnetresonanztomographie oder kardiale Computertomographie. Es bleibt unklar, aus welchen Gründen der SMB-Bericht die nicht-invasive Diagnostik zum Nachweis der koronaren Herzkrankheit auf die koronare CT-Angiographie reduziert.

zitierten die Autoren Studien aus den Jahren 1991 und 1999 sowie Studien von deutschen und österreichischen Registern aus den Jahren 2003 und 2004. Ein Update mit aktuelleren Publikationen wäre präziser und angebracht.

Beim Kostenvergleich zwischen koronarer CT-Angiographie und invasiver Koronarangiographie werden die Kosten aus verschiedenen Vergütungsmethoden (ambulante TARME-Positionen mit SwissDRG-Positionen für die stationäre Vergütung) arbiträr miteinander vermischt. Die Kosteneffektivität hängt zudem stark vom klinischen Zustand des Patienten ab. Entsprechend ist die beschriebene Kosteneffektivitätsanalyse irreführend.

Angesichts des intransparenten und qualitativ fraglichen Umgangs mit der initialen Fragestellung, der unklaren Methodik und fehlenden Garantie einer unabhängigen und wissenschaftlich hochstehenden Evaluation ist aus Sicht der SGK fraglich, ob das SMB als nationale Instanz zur Beurteilung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit die notwendige Prozessqualität erbringt. Diese Garantien sollte das SMB so schnell wie möglich erarbeiten, wenn es in der Zukunft glaubwürdig bleiben will.