

Gut Ding will Weile haben

Vielleicht erinnert sich der eine oder die andere von Ihnen an meinen Benefit-Beitrag vom November 2022 mit dem Titel „*BYPASS zum BYPASS – wie die Zahl unnötiger Koronarangiographien gesenkt werden könnte*“.

Anlass meines Beitrages war die DISCHARGE-Studie gewesen (<https://tinyurl.com/bdcr569a>): 3.561 Patient*innen mit mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit für eine signifikante KHK hatten darin zur Lokalisations-Diagnostik einer möglichen Koronarstenose ganz konventionell eine Koronarangiographie – oder eine koronare Computertomographie (**CCTA**) erhalten.

Hinsichtlich des primären Endpunktes (größere kardiovaskuläre Ereignisse - Herzinfarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulärer Tod) fanden sich nach 3,5 Jahren keine Unterschiede. Beim sekundären Endpunkt (periprozedurale Komplikationen) gab es sogar einen Hinweis auf eine deutliche Überlegenheit der CCTA (0,5 vs. 1,9%, HR 0,26; 95%-CI 0,13-0,55).

⇒ **Warum ist diese Studie so wichtig?**

- Nach wie vor werden in Deutschland sehr (zu) viele Koronarangiographien bei stabiler KHK durchgeführt und Stents gelegt – im Jahr 2022 waren es knapp 300.000 Stents (Herzbericht 2024 <https://tinyurl.com/mmubsdts>)
- Bei der stabilen KHK (neuer Terminus „*chronisches Koronarsyndrom*“) hat der Stent hinsichtlich der Lebenserwartung keinen Vorteil vor einer medikamentösen Therapie – die Betroffenen leben keinen Tag länger, wenn sie einen Stent bekommen (Shah R, Nayyar M, Le F, et al. A meta-analysis of optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention in patients with stable coronary artery disease. *Coron Artery Dis* 2022;33:91-97 – Artikel nicht frei verfügbar). Allenfalls zur Linderung pektanginöser Symptome kann die PCI beitragen.
- Dennoch erhalten viele Patient*innen mit stabiler KHK quasi automatisch einen Stent, wenn in der Koronarangiographie eine signifikante Stenose gesehen wird (dieser „*okulostenotische Reflex*“ ist durchaus nachvollziehbar: Wie in anderen Handwerken auch können es offensichtlich viele Kardiolog*innen nur schlecht aushalten, ein stenosiertes Gefäß nicht zu dilatieren.

Und was ist bislang passiert?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschied am 18.1.2024, dass die CCTA Kassenleistung werden soll. Wichtig dabei: Uns DEGAM-Vertreter*innen gelang es, bei der Anhörung zu verdeutlichen, dass es keinesfalls einen kardiologischen Vorbehalt für die Überweisung zur CCTA geben darf.

Nach Ablauf der „Beanstandungsfrist“ durch das Bundesgesundheitsministerium hatte die gemeinsame Einrichtung aus KBV und Krankenkassen zwei Quartale Zeit zur Umsetzung der Regelung in den EbM.

Seit dem 1.1.2025 können also **Überweisungen an die Radiologie zur Durchführung einer CCTA von Hausarzt*innen ausgestellt** werden.

Im Sommer 2024 wurde die Aktualisierung der *Nationalen VersorgungsLeitlinie KHK* veröffentlicht (<https://tinyurl.com/yep7xnbr>). Darin heißt es sehr eindeutig:

- Bei mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit (**VTW**) (15-50%) für eine KHK soll bevorzugt eine CCTA veranlasst werden.

- Die DEGAM spricht sich auch bei einer VTW von 50% bis 85% bevorzugt für die CCTA aus. Es gibt keine überzeugenden Hinweise, dass sich der Nutzen der CCTA auf eine mittlere VTW beschränkt. Auch wenn es aktuell keine gute Evidenz aus randomisierten Studien für den Einsatz der CCTA *bei hoher VTW* gibt (das DISCHARGE-Team um Marc Dewey plant dazu eine neue große europäische randomisierte Studie): In Einzelfällen und bei erfahrenen Radiologen kann das Verfahren wichtige Informationen darüber liefern, ob von einem prognostischen Nutzen einer invasiven Therapie auszugehen ist.
- In der hausärztlichen Versorgungsebene soll die Vortestwahrscheinlichkeit mit Hilfe des *Marburger Herzscores* abgeschätzt werden (<https://tinyurl.com/yp-vsbcfe>).

Warum bei höherer VTW überhaupt zur CCTA überweisen und nicht einfach medikamentös als KHK behandeln?

Bei einigen Patient*innen liegen eine koronare Hauptstammstenose, eine Herzinsuffizienz, ein Diabetes oder eine Mehrgefäßerkrankung vor.

In dieser Konstellation hat (anders als der Stent) der **Bypass** einen prognostischen Nutzen – er senkt die Mortalität um ca. 3%. Ohne eine solche Bildgebung würde betroffenen Patient*innen dieser potentielle Benefit vorenthalten.

Wenn **WIR Hausarzt*innen** ohne vorherige Konsultation einer kardiologischen Praxis zur CCTA überweisen, sollten folgende Aspekte beachtet werden:

- Bei Ramus-circumflexus-Stenose können wir einen erhöhten Blutdruck senken und ASS und Simvastatin aufschreiben.
- Bei Hauptstammstenose oder Mehrgefäßerkrankung können wir die Patient*innen zur Kardiochirurgie oder meinethalben zum Herz-Team schicken.
- Das kann uns dem Ziel, die Zahl unnötiger Koronarangiographien und Stents zu senken, näherbringen. (Zur Erinnerung: in anderen westlichen Ländern kommen auf eine Bypass-OP 3 Stents - in Deutschland sind es 10!).

Auf einige Dinge sollten wir dabei unbedingt achten: **CCTA** sollten nicht zur erfolgen, um zu schauen, ob überhaupt eine KHK vorliegt (niedrige **VTW < 15%**), sondern bei höherer Wahrscheinlichkeit für eine KHK, um herauszufinden, wo die vermutete(n) Stenose(n) liegt/liegen. Durch die CCTA wird zwar die Risikoprädiktion im Vergleich zu den in arriba abgebildeten Framingham-Risikofaktoren etwas verbessert. Strahlenbelastung und Kosten sprechen aber gegen die CCTA – v.a. jedoch die Gefahr, dass geringfügige oder unklare Befunde die Patient*innen doch wieder auf die Schiene zum Herzkatheter bringen.

1. Ebenfalls aus Gründen des Strahlenschutzes (ein Thorax-CT hat eine Strahlenbelastung von 5,1 mSV entsprechend 280 Rö-Thorax-Aufnahmen entsprechend 2,4 Jahre natürlicher Strahlenexposition; bei einer CT-Carotis-Angio sind es 4,0 mSV entspr. 220 Rö-Thorax entsprechend 1,9 Jahren natürlicher Exposition - <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=230060>) ist es unsere hausärztliche quartärpräventive Aufgabe, dafür zu sorgen, dass Deutschland sich für das englische und gegen das dänische Modell entscheidet: in Dänemark wurden die CCTA zusätzlich zu den Koronarangiographien eingeführt - in England an Stelle der Koronarangiographien. Es

war kein Zufall, dass bei der Anhörung im G-BA der Vertreter des Bundesamtes für Strahlenschutz an unserer Seite stand.

2. Bei (V.a. akutes) Koronarsyndrom bzw. akuter Verschlechterung einer stabilen KHK behält der Stent natürlich unbestritten seinen Stellenwert
3. Bei hoher VTW für eine stenosierende KHK können wir – in Kenntnis der nur geringen Evidenz – versuchen, im Antragsverfahren eine CCTA durch die Krankenkasse genehmigt zu bekommen – um eben zu verhindern, dass bei 3-Gefäßerkrankung drei Stents gelegt werden. Unter dem Link <https://tinyurl.com/fvjm5fr6> finden Sie ein Musterschreiben an die Krankenkasse mit ausführlicher Begründung für einen Antrag Wenn Sie sich ausführlicher über das Thema Diagnostik bei stabiler KHK informieren wollen, können Sie dies tun im „ZfA-Talk“: <https://tinyurl.com/3csfsjp8>. Aktuell kann es sein, dass es bei der Durchführung von CCTA „knirschen“ wird – die Untersuchung ist mit 1285 Punkten im EBM entsprechend ca. 160 € für radiologische Verhältnisse nur schlecht vergütet. Wir müssen davon ausgehen: der Ersatz eines großen Teils der über 700.000 Herzkatheter jährlich durch CCTA wird dauern. Das bedeutet den Wegfall eines beträchtlichen Teils von Katheterlabors und kardiologischen Praxen. Solche schwerwiegenden Veränderungen kommen nicht über Nacht, sondern bedeuten ein Langstreckenrennen.

Was erwartet uns noch im Neuen Jahr?

Bereits in drei Benefit-Beiträgen hatte ich mich kritisch mit der **elektronischen Patient*innen-Akte** (ePA) auseinandergesetzt.

Ab dem 15.1.2025 soll die ePA in drei Modell-Regionen „getestet“ und (ich wette, egal, wie der Test ausfällt) danach in der Fläche „ausgerollt“ werden.

Daten sind der Rohstoff unserer Zeit. Der nachfolgend verlinkte FAZ-Artikel arbeitet m.E. hervorragend heraus, dass es wesentlich um den ökonomischen Wert der Daten und nicht um Vorteile für die Patient*innen geht: <https://tinyurl.com/y5kxpbv3>

Wer sich nicht scheut, sich in die Tiefen der Thematik zu begeben, kann hier sehen, wie leicht es den Cracks vom *Chaos Computer Club* (CCC) fällt, sich in die ePA einzuhacken: <https://tinyurl.com/3352r77n> und <https://streaming.media.ccc.de/38c3/relive/135>.

Für Menschen mit weniger Kenntnissen und Zeit hat ein Mitglied des CCC die völlige Unsicherheit der ePA in einem Interview mit der TAZ kurz und knapp zusammengefasst: <https://taz.de/Ethischer-Hacker-ueber-Gesundheitskon-ten/!6060883&s=patientenakten/>

Hier erneut einige Links, um Patient*innen auf die Möglichkeiten eines Widerspruchs hinzuweisen:

1. Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA) <https://widerspruch-epa.de/widerspruch-gegen-elektronische-patientenakte-epa/>
2. Widerspruch gegen die Auswertung von Abrechnungsdaten für persönliche Mitteilungen zu Gesundheitsrisiken. Falls zwar eine ePA, aber darin keine

Abrechnungsdaten gewünscht werden, kann man hier widersprechen:
<https://widerspruch-epa.de/widerspruch-gegen-risikosuche/>

3. Widerspruch gegen das Einstellen der Abrechnungsdaten in ihre ePA:
<https://widerspruch-epa.de/widerspruch-gegen-uebernahme-abrechnungsdaten/>

Vielleicht sind Sie selbst hinsichtlich der ePA auch sehr skeptisch, Sie haben aber zu viel um die Ohren, um jetzt auch noch massenhaft Widersprüche gegen die Speicherung der Daten zu organisieren?

Dann könnte möglicherweise auch passiver Widerstand helfen: Wenn Sie nicht explizit von Ihren Patient*innen dazu aufgefordert werden, können Sie genau mit Ihrer Überarbeitung argumentieren: „Ich schaffe es nur, meine Patient*innen medizinisch zu versorgen – und nicht auch noch alle möglichen Befunde in die ePA zu füllen...

Die GOP 01648 für die Erstbefüllung der ePA im Wert von 11,03 € mag zwar den einen oder die andere locken. ABER:

- Erstens hat meist schon ein/e andere/r Kolleg*in das Geld abgegriffen – weiterte Einspeicherungen sind nur noch sehr schwach vergütet.
- Für die meisten Hausärzt*innen ist eher die fehlende Zeit das Hauptproblem – haben Sie tatsächlich die Zeit für diesen zusätzlichen Vorgang?
- Bedenken Sie: Die Speicherung aller möglichen Informationen als PDF-Dokumente in der elektronischen Akte kann dazu führen, dass Sie die Akten kaum noch überblicken oder gar systematisch durchsuchen können – ein immenser zusätzlicher Zeitverlust,
- von den Problemen des Datenschutzes einmal ganz abgesehen...

Das heiße Eisen Schwangerschaftsabbruch

In meinem letzten Benefit-Beitrag hatte ich darüber berichtet, dass Hausärztinnen- und Hausärzterverband sowie die DEGAM sich für die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches einsetzen – und dazu aufgerufen, sich an die FDP-Mitglieder des Bundestags-Rechtsausschusses zu wenden mit der Bitte, eine Beschlussfassung zu diesem Thema noch vor der Bundestags-Wahl zuzulassen.

Ein Leipziger Kolleg*innen-Paar kritisierte in einem Schreiben, in der Haltung von DEGAM und Hausärzt*innenverband dokumentiere sich eine Grenzverschiebung, die zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben differenziere.

Sicherlich gibt es kaum eine Person, die keinerlei ethische Probleme bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen entdecken könnte.

Es stehen sich aber nicht nur die Rechtsgüter "Recht des Embryos auf Leben" und "Selbstbestimmungsrecht der Frau" gegenüber - sondern es kann durchaus auch das "Recht des Embryos auf Leben" in Konflikt geraten mit dem Recht schwangerer Frauen und geborener Kinder auf Gesundheit und Leben. Restriktive gesetzliche Regelungen können nämlich keine Abbrüche verhindern, sondern nur den Zugang erschweren - mit der Folge, dass Abbrüche später in der Schwangerschaft oder außerhalb des regulären Gesundheitssektors durchgeführt werden,

mit entsprechend höherer Morbidität und Mortalität. Im Jahr 2019 waren in Deutschland über 1.000 Abbrüche außerhalb des regulären Sektors durchgeführt worden (<https://srh.bmj.com/content/48/e1/e6.long>).

- Es wird geschätzt, dass weltweit ca. 25 Mio. unsichere Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. In Ländern mit restriktiver Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch liegt der Anteil unsicherer Abbrüche besonders hoch(<https://tinyurl.com/3sv2ba6n> und <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21118043/>).
- Unsichere Schwangerschaftsabbrüche sind mit höherer Mortalität assoziiert (<https://tinyurl.com/2zy5wbct>).
- Eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches führte zu einer Senkung der Mortalität (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22192901/>).
- Umgekehrt kam es in Texas nach dem „*abortion ban*“ zu einem unerwarteten Anstieg der Neugeborenen-Sterblichkeit (<https://tinyurl.com/yc7unxy9>).

Sie sehen: es geht hier nicht um „Gut“ oder „Böse“, sondern pragmatisch darum, welche Regelung mit mehr Komplikationen assoziiert ist. Die aktuelle Kriminalisierung führt dazu, dass es für diesen "illegalen" Eingriff keine Bedarfsplanung in der Gesundheitspolitik gibt- und dass Frauen zu spät zu einem Abbruch kommen, weil sie Niemanden finden, der ihn durchführt. Hinzu kommt, dass der Schwangerschaftsabbruch, solange er nicht legal stattfindet, keine Kassenleistung ist.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Dr. med. Günther Egidi

guenther.egidi@posteo.de

(... der den folgenden Kolleg*innen dafür dankt, dass sie kritisch seinen Text durchgearbeitet haben, um Fehler zu identifizieren und zu beseitigen: Marc Dewey, Norbert Donner-Banzhoff, Sabine Gehrke-Beck, Jörg Haasenritter, Kristina Hänel, Michael M. Kochen, Uwe Popert, Helga Seyler)