



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –  
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung**

*Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2006*

## **Nationale Versorgungs-Leitlinie KHK – Nicht-invasive und invasive Diagnostik**

### **Statement von Prof. Dr. Karl Werdan / Halle**

Die nicht-invasive Diagnostik stellt die Weichen für das weitere Vorgehen bei V.a KHK. Demzufolge kommt ihr auf der Allgemeinarzt- und Internisten-Ebene eine besondere Bedeutung zu.

Die wesentlichen Ziele der Basisdiagnostik bei V.a KHK sind zunächst einmal die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK bei Patienten mit typischen oder atypischen Angina-Pectoris-Beschwerden.

Die Vortest-Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK hängt entscheidend von der Klassifizierung der bestehenden Thoraxbeschwerden ab. Als typische Angina-Pectoris-Beschwerden gelten die Trias: retrosternale Schmerzen oder Beschwerden und durch körperliche Belastung oder emotionalen Stress provozierbare Beschwerden und Besserung der Beschwerden durch Ruhe und/oder Nitro. Dagegen werden als atypische Angina-Pectoris-Beschwerden diejenigen thorakalen Schmerzen oder Beschwerden klassifiziert, die einen dieser Punkte nicht aufweisen.

### **Empfehlungen zur nicht-invasiven Diagnostik bei V.a. KHK**

- Bei Patienten mit mittlerer und hoher Vortestwahrscheinlichkeit ist das Belastungs-EKG zur Ischämiediagnostik die Methode der Wahl.
- Zuvor sollte bei folgenden Patienten eine echokardiografische Untersuchung erfolgen: a) Vitien-verdächtige Herzgeräusche; b) Hinweise für Herzinsuffizienz; Zustand nach Myokardinfarkt oder Q-Zacken im EKG, ventrikuläre Arrhythmien.
- Nicht ergometrisch untersucht werden sollten – aufgrund der eingeschränkten Beurteilbarkeit der ST-Strecken – Patienten mit WPW-Syndrom, mit Schrittmacher-Stimulation (VVI/DDD), mit ST-Strecken-Senkungen in Ruhe > 1 mm oder mit Linksschenkelblock.
- Nur eingeschränkt ergometrisch untersuchbar sind Patienten mit Zeichen der linksventrikulären Hypertrophie oder Digitalismedikation und ST-Strecken-Senkungen in Ruhe < 1 mm.
- Bei Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine KHK, bei denen eine Ergometrie nicht sinnvoll ist, kann eine Untersuchung mit einem bildgebenden

Verfahren mit körperlicher Belastung erfolgen, wenn sie im Ruhe-EKG folgende Veränderungen aufweisen:

→ Präexzitations-Syndrom (WPW)

→ Mehr als 1 mm ST-Senkung

Oder es kann eine Myokardperfusions-Untersuchung mit Adenosin oder Dipyridamol durchgeführt werden bei:

→ Kammer-Rhythmus durch Schrittmacher

→ Linksschenkelblock

## **Empfehlungen zur nicht-invasiven Diagnostik bei bekannter KHK**

- Bei Patienten mit bekannter KHK und Veränderungen der Symptome und Befunde und Verdacht auf Progression soll ein Belastungs-EKG empfohlen werden.
- Vor Revaskularisation sollte ein Ischämie-Nachweis vorliegen.
- Die Ergometrie zur Risikostratifizierung bei asymptomatischen Patienten mit bekannter KHK nach Revaskularisation soll nicht durchgeführt werden, da das Untersuchungsergebnis keine sichere Vorhersage zulässt (insuffiziente Daten für definitive Empfehlungen hinsichtlich Testverfahren und Häufigkeit).

Bei asymptomatischen Patienten mit KHK kann vor Aufnahme eines Fitnessprogramms eine Belastungsuntersuchung zur Risikostratifizierung durchgeführt werden. Dies darf keine Barriere darstellen zur Aktivität im Alltag.

## **Invasive Diagnostik (Koronarangiografie)**

### **• Empfehlung zur diagnostischen Koronarangiografie**

⇒ Patienten mit akutem Koronarsyndrom

⇒ Patienten mit unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhaltender Angina Pectoris (CCS Klasse III und IV): Angina-Indikation

⇒ Patienten mit pathologischem Ergebnis der nicht-invasiven Untersuchungen / Ischämie-Indikation

⇒ Patienten, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben

⇒ Patienten mit Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz bei unbekanntem Koronarstatus beziehungsweise V.a. Progression der KHK

### **• Keine Empfehlung zur diagnostischen Koronarangiografie**

⇒ Patienten mit niedriger Wahrscheinlichkeit nach nicht-invasiver Diagnostik

⇒ Patienten mit stabiler Angina Pectoris (CCS Klasse I oder II), mit gutem Ansprechen auf medikamentöse Behandlung aber ohne nachweisbare Ischämie

⇒ Nach Intervention (CBG oder PCI) ohne wieder aufgetretene Angina Pectoris und ohne nicht-invasiven Ischämie-Nachweis

⇒ fehlende Bereitschaft des Patienten zur weiterführenden Therapie (PCI oder CBG)

⇒ Patienten mit hoher Komorbidität, bei denen das Risiko der Koronarangiografie größer ist als der Nutzen durch die Sicherung der Diagnose