



DGK.

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

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Presstext DGK 01/2015“

Herz-MRT: Sichere Diagnostik mit Sparpotenzial – Speziell qualifizierte Kardiologen sollen bundesweit MR-Untersuchungen durchführen dürfen

Berlin/Düsseldorf, 13. Januar 2015 – „Die kardiale Magnetresonanztomographie (MRT) ist zu einem festen Bestandteil der kardialen Diagnostik in der Herz-Kreislaufmedizin geworden“, so Prof. Dr. Hugo A. Katus (Heidelberg), Vorsitzender der Weiter- und Fortbildungs-Akademie Kardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK). „Mit einem neuen Weiterbildungscurriculum stellt die DGK sicher, dass diese Methode von Kardiologinnen und Kardiologen auf höchstem Niveau eingesetzt werden kann.“

Die Bedeutung, die die MRT in der Herzmedizin gewonnen hat, beruht auf ihren besonderen physikalischen Eigenschaften. Zum einen bietet die MRT eine gute räumliche Auflösung und Gewebekontrastierung und erlaubt so eine präzise Beurteilung der Morphologie des Herzens und der herznahen Gefäße sowie der Wandbewegung des Herzens. „Deshalb ist die MRT eine ideale Bildgebungsmodalität zur Beurteilung von Herzmuskelerkrankungen und angeborenen Fehlbildungen des Herzens“, so Prof. Katus. „Zum zweiten kann durch Gabe von Kontrastmitteln das Ausmaß von Ödem und Bindegewebe im Herzmuskel beurteilt werden. Dies ist besonders hilfreich für die nicht-invasive Beurteilung der Herzinfarktgröße, der Erfassung von Entzündung bei der Myokarditis und zur Diagnose von Vernarbungen oder Fibrosierungen nach Herzinfarkt oder bei Kardiomyopathien. Zum dritten kann durch das MRT hervorragend die Durchblutung des Herzmuskels überprüft werden. Dies ist von großer Bedeutung für die Diagnostik und Lokalisation von Durchblutungsstörungen und für die Beurteilung der Vitalität des Herzmuskels. Beides sind entscheidende Variablen bei der Planung von Koronarinterventionen oder Bypass-Operationen.“ Die MRT ist nicht durch eine Anwendung von Röntgenstrahlen belastet, so dass auch wiederholte Untersuchungen durchgeführt werden können.

DGK bietet Zusatzqualifikation

Die MRT-Bildgebung erfordert nicht nur Kenntnisse der MRT-Physik und -Methodik, sondern auch ein profundes Wissen über die Erscheinungsformen kardialer Erkrankungen, ihre Pathophysiologie und möglicher therapeutischer Optionen. „Um das volle Potential der kardialen MRT-Bildgebung auszuschöpfen, müssen also die erhobenen MRT-Daten zur Morphologie und Funktion immer im Kontext aller klinischen Befunde interpretiert und ihrer prognostischen Bedeutung beurteilt werden. Es ist also für die patientengerechte MRT-Durchführung und -Beurteilung unerlässlich, dass der MRT-Untersucher über fundierte Kenntnisse in allen Facetten der Herzkreislaufmedizin verfügt“, betont Prof. Katus.

Die DGK hat in Anbetracht der gewachsenen Bedeutung der kardialen MRT-Untersuchungen ein Curriculum entwickelt, das die Voraussetzungen für eine fundierte MRT-Ausbildung von Kardiologen festlegt. In diesem Curriculum werden auch die zu erreichenden praktischen und theoretischen Wissensinhalte präzisiert, die ein Facharzt für Kardiologie vorweisen muss, um nach Meinung der Fachgesellschaft selbständig MRT-Untersuchungen durchführen und beurteilen zu können.

Qualifizierte Kardiologen sollen bundesweit MRT-Untersuchungen durchführen dürfen

„Trotz der hohen Bedeutung der kardialen MRT-Diagnostik für die kardiologische Praxis und ihrer breiten Anwendung ist der Zugang zu dieser Methode für den Facharzt für Kardiologie erschwert“, kritisiert Prof. Katus. „In der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern zum Facharzt für Kardiologie wird das kardiale MRT nicht berücksichtigt. Auch gibt es große Unterschiede zwischen den Weiterbildungsordnungen der unterschiedlichen Landesärztekammern in Bezug auf die Möglichkeit zur weiteren Qualifizierung von Fachärzten für Kardiologie in dieser wichtigen Technik. Während in Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg beispielsweise eine Zusatzqualifikation für kardiales MRT durch Kardiologen geregelt ist, ist in Rheinland-Pfalz auch für interessierte Kardiologen eine solche Qualifizierung nicht möglich.“

In Anbetracht der zunehmenden Verbreitung der kardialen MRT-Diagnostik müsse nach Auffassung der DGK das kardiale MRT zu einem integralen Bestandteil in der Weiterbildung zum Facharzt für Kardiologie werden. Die Durchführung der kardialen MRT-Diagnostik und ihre Beurteilung müsse für entsprechend Zusatzqualifizierte Kardiologen bundesweit möglich werden, fordert Prof. Katus.

Magnetresonanz-Untersuchung des Herzens senkt Behandlungskosten

Aktuelle Studien zeigen, dass der Einsatz von MRT in der Kardiologie nicht nur besonders zweckmäßig, sondern zudem auch kosteneffektiv ist. Die Auswertung einer deutschen Kohorte mit einer Beobachtungszeit von mehr als sieben Jahren ergab, dass Patienten, bei denen mittels MRT entschieden wurde, ob eine Untersuchung mit dem Herzkatheter (Koronarangiographie) erforderlich ist oder nicht, kein höheres Sterbe-Risiko hatten als Patienten, bei denen die Katheter-Untersuchung sozusagen sicherheitshalber durchgeführt wurde¹. In die Studie wurden mehr als 1.000 Patienten aufgenommen, die in den Jahren 2003 und 2004 am Deutschen Herzzentrum Berlin wegen Verdacht auf koronare Herzerkrankung (KHK) eine Koronar-Angiographie bekommen sollten. Bei einem Teil dieser Patienten wurde zuvor mittels MRT überprüft, ob die Angiographie überhaupt erforderlich ist. Nach einer Beobachtungszeit von fast acht Jahren zeigte sich hinsichtlich des Überlebens kein Nachteil durch diese Vorselektion. Patienten, die eine Herz-MRT erhielten, hatten kein höheres Risiko zu versterben. Dafür wurde jedoch die Zahl der Katheter-Untersuchungen deutlich reduziert. Nicht zuletzt war auch die Kostenersparnis durch Einsatz der MRT erheblich. Die Kosten wurden sowohl während des Krankenhausaufenthalts als auch danach reduziert. Insgesamt belief sich die Kostensenkung durch eine Stress-MRT des Herzens als „Gate-Keeper“ auf 12,466 Euro pro Lebensjahr.

Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangte eine Untersuchung auf Basis eines europäischen Registers zur Herz-MRT², in der ebenfalls unterschiedliche Strategien im Umgang mit Patienten mit Verdacht auf KHK verglichen wurden. Eine Gruppe wurde zuerst mittels MRT untersucht und bei Hinweisen auf Mangel durchblutung oder eine Herzinfarkt-Narbe zu einer Herzkatheter-Untersuchung (Koronarangiographie) überwiesen. Bei einer Vergleichsgruppe wurden die Kosten berechnet, die entstanden wären, hätte man schon aufgrund des KHK-Verdachts eine Angiographie durchgeführt. Die Kosten der Diagnostik wurden anhand der in Deutschland, Großbritannien, der Schweiz und den USA für MRT-Untersuchungen verrechneten Preisen berechnet. Dabei ergaben sich für den Einsatz der MRT Kosteneinsparungen zwischen 23 (Schweiz) und 50 Prozent (Deutschland) im Vergleich zu einer ambulant durchgeführten Katheter-Untersuchung. Die Autoren betonen, dass in dieser Untersuchung lediglich die von den Krankenversicherungen und Krankenträger für die Untersuchung bezahlten Preise berücksichtigt wurden, während andere Folgekosten, die beispielsweise durch Komplikationen der Koronarangiographie oder die damit verbundene Strahlenbelastung entstehen können, nicht in die Analyse gingen.

Dass sich die Herz-MRT auch bei Patienten bewährt, die mit Brustschmerzen in die Klinik kommen, und dabei auch noch Kosten reduzieren kann, zeigte eine aktuelle Studie³ aus den USA. Verglichen wurde dabei die weitere Krankengeschichte der Studienpatienten über ein Jahr. Ein Teil der Patienten wurde gemäß dem in den USA üblichen Studienprotokoll stationär aufgenommen (wobei der Behandler über weitere Maßnahmen entschied), der andere Teil erhielt auf der Überwachungsstation eine Stress-MRT-Untersuchung (bei der unter MRT-Kontrolle das Herz durch ein Medikament belastet wird). Je nach Ergebnis dieser Untersuchung wurde über das weitere Vorgehen entschieden. Die durchschnittlichen Behandlungskosten, die innerhalb dieses Jahres anfielen, waren bei Patienten, die mit Stress-MRT untersucht worden waren, signifikant niedriger als bei Standard-Behandlung. Unter anderem zeigte die Studie auch, dass Patienten aus der MRT-Gruppe im Jahr nach der Untersuchung signifikant seltener wegen ihrer Herzerkrankung ins Krankenhaus kamen. Während 37 Prozent der Patienten aus der Standard-Gruppe in dieser Zeit mindestens einmal im Krankenhaus waren, war das nur bei 15 Prozent der Patienten aus der MRT-Gruppe erforderlich.

Kontakt:

Prof. Dr. Eckart Fleck (Pressesprecher, Berlin); presse@dgk.org

Hauptstadtbüro der DGK: Tel.: +49 30 206 44482

Kerstin Krug (Pressestelle der DGK); Tel.: + 49 211 600692 43

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung; kofler@bkkommunikation.com; Tel+49 30 700159676

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit über 8900 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.

¹ Petrov G. et al. Incremental cost-effectiveness of dobutamine stress cardiac magnetic resonance imaging in patients at intermediate risk for coronary artery disease. Clin Res Cardiol. 2014 Nov 14. [Epub ahead of print]

² Moschetti K et al. Cost evaluation of cardiovascular magnetic resonance versus coronary angiography for the diagnostic work-up of coronary artery disease: Application of the European Cardiovascular Magnetic Resonance registry data to the German, United Kingdom, Swiss, and United States health care systems. Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance 2012, 14:35

³ Miller CD et al. Stress CMR Imaging Observation Unit in the Emergency Department Reduces 1-Year Medical Care Costs in Patients With Acute Chest Pain A Randomized Study for Comparison With Inpatient Care. J Am Coll Cardiol Img 2011;4:862–70