

Trefferquote nicht ausreichend

Um eine nicht akute koronare Herzerkrankung (KHK) ausschließen zu können, ist ein verlässlicher Test unverzichtbar. Die Phonokardiografie erfüllt diese Anforderung nicht, wie eine Nutzenbewertung des IQWiG zeigt.

Die Folgen von verengten Blutgefäßen für die Durchblutung des Herzmuskels lassen sich durch funktionelle Verfahren wie Stress-Echokardiografie, Myokard-Perfusions-Diagnostik (SPECT) oder Belastungs-EKG nachweisen. Die Stenosen selbst werden durch morphologische Verfahren wie die Computertomografie-Koronarangiografie (CCTA) und die Koronarangiografie mittels Linksherzkatheter (ICA) angezeigt, wobei die ICA als Goldstandard für die Diagnose einer chronischen KHK gilt. Eine ICA soll aber gemäß Nationaler Versorgungsleitlinie 2024 nur dann durchgeführt werden, wenn eine Ischämie durch nichtinvasive Diagnostik bereits nachgewiesen ist und die ICA der Therapie(planung) beispielsweise mittels Koronarstent dient.

Weil viele der Standarduntersuchungen bei KHK-Verdacht technischen Aufwand und Strahlenbelastung mit sich bringen, wäre ein einfacher, breit einsetzbarer Test zum Ausschluss einer KHK hilfreich. Für diesen Zweck wird beispielsweise die nicht-invasive Phonokardiografie angeboten: Ein Aufnahmegerät mit flexibel schwenkbarem Mikrofon zeichnet dabei Koronargeräusche aufgrund von Verwirbelungen des Blutstroms in verengten Herzkranzgefäßen auf. In der Auswertung wird dann ein Wert berechnet, der zur Einschätzung des KHK-Risikos dient. Die Phonokardiografie soll als Triage-Test vor der Folgediagnostik eingesetzt werden.

Folgediagnostik nicht vermeidbar

Eine klinische Studie mit Erwachsenen ohne bekannte KHK, aber mit Symptomen, die auf eine chronische KHK hindeuten, zeigt aber keine Vorteile der Phonokardiografie zur Diagnose einer KHK gegenüber anderen diagnostischen Verfahren: Patientinnen und Patienten mit unklaren Brustschmerzen und mittlerem KHK-Risiko konnte nach der Basisdiagnostik durch eine Phonokardiografie keine belastende invasivere Folgediagnostik erspart werden. Tatsächlich erhielten die Patientinnen und Patienten fast gleich häufig Folgediagnostik – egal, ob vorher die Phono-



Foto: BillionPhotos.com/stock.adobe.com

kardiografie gemacht worden war oder nicht. Dies legt den Verdacht nahe, dass die Ärztinnen und Ärzte in der Studie dem Ausschluss einer KHK durch eine Phonokardiografie nicht trauten. Hinsichtlich der diagnostischen Güte muss die Phonokardiografie eine hohe Sensitivität aufweisen. Nur dann können testnegative Patientinnen und Patienten von einer weiteren Diagnostik ausgeschlossen werden. In der Testgütestudie zeigte sich jedoch, dass die Treffergenauigkeit der Phonokardiografie zum Ausschluss einer KHK nicht ausreicht: Bei etwa jeder zehnten Person mit KHK wird die KHK nicht erkannt, sodass die notwendige Folgediagnostik und -behandlung unterbleibt. So ist auch das Fazit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in seiner Nutzenbewertung zur Phonokardiografie negativ. Der Hersteller der Phonokardiografie-Geräte hatte bereits Ende 2019 erste Daten beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegt, sodass das IQWiG und auch der G-BA das Potenzial der Methode anerkannten. Der G-BA beschloss daher im Jahr 2022, auf die Ergebnisse der jetzt vorliegenden FILTER-SCAD-Studie zu warten. Das Verfahren zur Phonokardiografie ist das erste, in dem nach einem Antrag auf Erprobung die Erkenntnisse aus einer laufenden Studie zunächst abgewartet und diese dann in einem IQWiG-Bericht bewertet wurden. Abgeschlossen wird das Verfahren in einigen Monaten durch den G-BA, der darüber entscheiden muss, ob die Phonokardiografie als neue ambulante GKV-Leistung eingeführt wird – oder nicht. **Susanne Breuer, IQWiG**

Weitere Informationen

Projektseite D24–03:
<https://daebl.de/xi35>

Potenzialbewertung E19–09:
<https://daebl.de/4c5k>

Addendum E20–05
zur Potenzialbewertung E19–09:
<https://daebl.de/i96v>