

CCTA als GKV-Leistung

DGK-Stellungnahme--

Die nicht-invasive CT-Koronarangiografie (CCTA) wurde als Leistung der GKV bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit neu in den EBM-Katalog aufgenommen. Die DGK hat die neue Situation in einer Stellungnahme kritisch bewertet.

Die CCTA ist eine etablierte Methode, um nicht-invasiv Engstellen in den Koronarien sichtbar zu machen. Seit 01.01.2025 kann sie mit sehr strengen Indikationsanforderungen über die GKV abgerechnet werden, um so überflüssige Kathetereingriffe zu verringern. „Jedoch gibt es wichtige Einschränkungen im EBM: Die CCTA ist nur für Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine chronische KHK zugelassen, also nicht für Personen etwa nach Stentimplantation oder Bypass-OP – und innerhalb der Gruppe mit KHK nur für jene, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Koronarstenose als Beschwerdeursache im Score-Bereich zwischen 15 und 50 Prozent liegt“, erklärt der Erstautor der Stellungnahme Prof. Sigmund Silber im Interview. Ziel der Stellungnahme, die gemeinsam mit dem Cluster B „Bildgebende Verfahren“, der AGIK und der klinischen Kommission für kardiovaskuläre Medizin erstellt wurde, sei, Klarheit zu schaffen, was erlaubt ist und was nicht.

Diese Anforderungen haben für große Verunsicherung gesorgt, denn in Deutschland werden diverse Scores zur Berechnung der Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) verwendet, der G-BA-Beschluss erwähnt aber nicht, welcher Score eingesetzt werden soll. Gleichzeitig wird vorgeschrieben, die VTW und den verwendeten Score auf dem Überweisungsschein aufzuführen. Silber erklärt: „Das stellt Überweiser und Leistungserbringer vor neue Fragen. Eine unserer Herausforderungen war also, die drei verfügbaren Scores vergleichend zu analysieren, um eine konkrete Empfehlung für die überweisenden Praxen abzugeben.“ Während die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) für den hausärztlichen Bereich den Marburger Herz-Score und für den fachärztlichen Bereich den DISCHARGE-Score vorsieht, empfiehlt die ESC den kürzlich aktualisierten Risk-Factor-weighted Clinical Likelihood (RF-CL-)Score. Dieser Empfehlung folgt auch die

DGK. Denn im Gegensatz zu den anderen beiden Scores werden hier zusätzlich relevante kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Engegefühl oder Kurzatmigkeit einbezogen sowie eine kardiologische Expertise gefordert.

Aus kardiologischer Sicht ist es zudem problematisch, dass bei der Befundung eine „begründete Therapieempfehlung“ obligat ist. Die meisten radiologischen Praxen geben ihre Empfehlungen zu weiteren Maßnahmen anhand des CADRADS 2.0-Scores ab. Die Miteinbeziehung einer kardiologischen Expertise ist nicht zwingend vorgeschrieben – auch nicht bei „unklaren oder komplexen Befunden“. In diesem Fall sollte eine interdisziplinäre Fallkonferenz erfolgen. Der überweisende Arzt – und somit die überweisende kardiologische Praxis – muss an dieser Konferenz nicht beteiligt sein. Es gibt also noch viele offene Punkte. Der G-BA hat angekündigt, das Verfahren binnen drei Jahre nach Inkrafttreten der neuen Regelung, zu evaluieren ■ Melissa Wilke



Hinweis-- Das ausführliche Interview auf Herzmedizin.de