

Kardio-CT als Kassenleistung: Herzstiftung begrüßt G-BA-Beschluss

Aufnahme nicht-invasiver Koronarer Computertomographie-Angiographie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen: „Wichtiger Schritt“ zu besserer Versorgung von Menschen mit koronarer Herzkrankheit und einem Risiko für Herzinfarkt und Herztod

Die Deutsche Herzstiftung begrüßt den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. Januar, das schonende (nicht-invasive) bildgebende Diagnoseverfahren der Koronaren Computertomographie-Angiographie (CCTA) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen. Die Entscheidung des G-BA sei ein wichtiger Schritt, um Menschen mit Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der koronaren Herzkrankheit (KHK), besser zu versorgen. Die CCTA ist in der bildgebenden Diagnostik bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf KHK ein in der Klinik bewährtes und dort bevorzugt angewandtes Verfahren. Am häufigsten kommt es in früheren Krankheitsstadien zum Einsatz, wenn etwa Angina-pectoris-verdächtige Beschwerden bestehen. Inzwischen empfehlen die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) die CCTA zur Erstdiagnostik bei Patienten mit einer geringen bis mittleren Krankheitswahrscheinlichkeit (1). „Dieses für den Ein- oder Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit unverzichtbare Verfahren als Kassenleistung im ambulanten Bereich aufzunehmen, ist ein Gewinn für die Versorgung von Herzpatientinnen und Herzpatienten“, betont Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung. „Allerdings muss durch die vom G-BA beschlossenen Neuregelungen gewährleistet sein, dass beim Einsatz der CCTA die primäre Indikation durch Fachärztinnen und Fachärzte der Kardiologie gestellt wird“, fordert der Kardiologe.

In Deutschland leiden schätzungsweise fünf Millionen Betroffene an einer KHK, jährlich sterben über 121.000 Menschen daran, davon über 45.000 am akuten Herzinfarkt (Deutscher Herzbericht 2022). In 80 Prozent der Fälle eines plötzlichen Herztods ist die KHK die Hauptursache. Jährlich sterben in Deutschland 65.000 Menschen am plötzlichen Herztod.

Indikationsstellung für CCTA-Untersuchung nur durch Kardiologin/Kardiologe

Zwar kann nach den Neuregelungen zur KHK-Diagnostik im G-BA-Beschluss die auf Röntgenstrahlen basierende CCTA sowohl von Radiologen/-innen als auch von Kardiologen/-innen angewendet werden. Besonders kritisch sieht jedoch die Deutsche Herzstiftung, dass der G-BA-Beschluss nicht konkret festlegt, dass im Rahmen der Koronardiagnostik durch eine CCTA kardiologische Fachexpertise in jedem Fall beteiligt sein muss, sondern dies nur „insbesondere bei unklaren oder komplexen Befunden“ der Fall ist (2). Die Indikationsstellung bei klaren nicht-komplexen Befunden einer KHK läge demzufolge nicht in der Hand einer Kardiologin oder eines Kardiologen, sondern könne ebenso beim Radiologen oder der Radiologin alleine liegen. „Besonders kritisch sehen wir dieses Vorgehen, weil die Indikationsstellung nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kardiologie erfolgen sollte. Denn diesen Fachärzten stehen sämtliche alternativen diagnostischen Verfahren zur Verfügung. Eine CCTA-Untersuchung kann nur im Kontext dieser Verfahren sinnvoll eingesetzt werden“, betont der Kardiologe Prof. Voigtländer. Anders als etwa in der Tumordiagnostik können die Befunde in der Koronardiagnostik zudem sehr zeitkritisch sein. Der

plötzliche Herztod ist zu 80 Prozent durch eine koronare Herzerkrankung bedingt. „Zeitverluste bei der Herz-Diagnostik, etwa wegen falscher Befundinterpretationen und überflüssiger Folgediagnostik, gefährden die Patientinnen und Patienten zusätzlich“, stellt Voigtländer klar. Es müsse daher einen verantwortlichen Arzt (Kardiologe/Kardiologin) geben, der für die Einschätzung und Beurteilung des CCTA-Befundes sowie für die weitere Therapie und Diagnostik federführend verantwortlich ist. „Es ist erforderlich, dass sich der verantwortliche Kardiologe oder die Kardiologin darum kümmert, dass nach Beurteilung des CCTA-Befundes die richtigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden“, so die Forderung des Herzstiftungs-Vorsitzenden. Hier müsse der G-BA im Beschlusstext unmissverständlich festhalten, dass die Indikationsstellung und weitergehende Maßnahmen primär an die kardiologische Fachexpertise zu binden sind.

Gefahr der Kostenexplosion durch sinnlose Ausweitung der Anwendung der CCTA

Herzstiftung und Vertreter ärztlicher Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) befürchten, dass eine Indikationsstellung durch eine Ärztin oder Arzt ohne kardiologische Expertise zudem zu einer unbegründeten Ausweitung der Anwendung der CCTA-Untersuchung und damit zu einer Kostenexplosion führen könnte. Außerdem wichtig: „Wer die Indikation stellt, sollte das Ergebnis der Untersuchung dann auch der Patientin oder dem Patienten erklären, ebenso wie die daraus folgenden Konsequenzen für die Therapie. Hiermit ist jedoch ein Nichtfachmann mit Sicherheit überfordert“, gibt Prof. Voigtländer zu bedenken.

G-BA-Beschluss zur CCTA „nur folgerichtiger Schritt“

Die Gefahr der KHK besteht insbesondere darin, dass die Phase eines stabilen Zustands (chronisches Koronarsyndrom: CCS) mit der klassischen Brustschmerz-Symptomatik unter Anstrengung, unterbrochen werden kann von instabilen Phasen eines Akuten Koronarsyndroms (ACS), das dem Herzinfarkt oft unmittelbar vorausgeht. Um diese gefährliche Situation zu verhindern, ist eine frühzeitige Diagnostik mittels CCTA wichtig. Die CCTA kann alle Herzkranzgefäße und deren krankhaften Veränderungen in Form von Verengungen (Stenosen) und Plaques in ausreichend guter Qualität abbilden. „Dadurch trägt die CCTA effektiv dazu bei, die Zahl an Krankenhausaufnahmen zu verringern und die Überlebensrate von KHK-Patienten zu erhöhen, indem Komplikationen wie Herzinfarkte vermieden werden. Der G-BA-Beschluss ist daher ein folgerichtiger Schritt zu einer besseren Versorgung von Menschen mit Verdacht auf eine KHK“, betont der Herzstiftungs-Vorsitzende.