

Interview

Radiologen zur Herz-CT: „Wir haben jetzt neue Behandlungspfade“

In Deutschland werden laut G-BA „fast doppelt so häufig wie in anderen europäischen Ländern“ diagnostische Herzkatheter gelegt. Die Freigabe der Herz-CT zur ambulanten Abklärung bei Stenoseverdacht soll das ändern. Die Radiologen Konstantin Nikolaou und Hermann Helmberger erläutern das Fachgruppen-Setting.



Von Christoph Winnat (/Nachrichten/Christoph-Winnat-au3.html)

Veröffentlicht: 02.04.2025, 04:00 Uhr



64-Zeilen-Computertomograph – gemäß G-BA die Mindestanforderung zur ambulanten kardiologischen Stenose-Diagnostik.

© picture-alliance/ dpa | Arne Ded

Noch kurz vor Jahresende 2024 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss zwei EBM-Ziffern zur Computertomografie des Herzens beschlossen. Der Berufsverband der Radiologie hat die Dotierung der CT-Leistung (159 Euro) aber als deutlich zu dünn kritisiert. Wie hätte stattdessen die Leistung bepreist werden sollen? Wie ist sie in Selektivverträgen mit GKV und PKV aktuell bewertet?

Professor Hermann Helmberger: Das beschlossene EBM-Honorar ist aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar. Nicht nur die Radiologie, auch die KBV hatte eine deutlich höhere Vergütung gefordert und dafür belastbare Kalkulationen vorgelegt.

Konkret sind insbesondere die notwendigen Investitionen in Gerätetechnik und Ausbildung nicht abgebildet sowie der Zeitaufwand für die Untersuchung zu niedrig veranschlagt. In Selektivverträgen sind diese Parameter durchaus berücksichtigt. Unter diesen Voraussetzungen wäre eine Vergütung zwischen 290,- und 330,- Euro realistisch und angemessen.



Professor Konstantin Nikolaou.

© DRG

Professor Konstantin Nikolaou: Für Patienten und das Gesundheitssystem hat die Herz-CT unbestritten viele Vorteile. Wenn wir das Verfahren zügig und in der Fläche durchsetzen wollen, muss es aber auch realistisch und fair honoriert werden.

Leider ist der GKV-Spitzenverband diesen Weg nicht mitgegangen, so dass wegen des entstandenen Patts das Schiedsgremium angerufen werden musste. Hier kam es dann auf den unparteiischen Vorsitzenden an.

Bei dessen Entscheidung blieb insbesondere unberücksichtigt, dass durch die Herz-CT die Anzahl der Herzkatheteruntersuchungen, die bislang vorwiegend stationär erbracht werden, signifikant gesenkt werden kann. Wir sprechen hier von fast 1.000 Euro pro Katheteruntersuchung. Bei diesem Einsparpotenzial wäre auch ein adäquates Leistungshonorar möglich gewesen.

Professor Konstantin Nikolaou ist Ärztlicher Direktor der Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Universitätsklinik Tübingen und seit 2023 Präsident der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG).

Was sind die Konsequenzen der vergleichsweise geringen Dotierung? Und inwieweit konterkariert das die erklärte Zielsetzung der CCTA-Aufnahme in den GKV-Katalog, dass diagnostische Herzkatheter in nennenswertem Umfang seltener erbracht werden?

Helmberger: Der Honorarbeschluss dürfte die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit CCTA zumindest erschweren – insbesondere dort, wo zwar qualifizierte Radiologinnen und Radiologen die Methode einsetzen könnten, aber noch Investitionen in Gerätetechnik und Auswertungssoftware erforderlich wären.

Mit der nun vorgesehenen Vergütung ist das nicht zu refinanzieren. Somit erscheint auf jeden Fall auch die Intention des G-BA-Beschlusses vom Januar 2024, nämlich invasive und teure Herzkatheteruntersuchungen zugunsten der CT in größerem Stil zu ersetzen, gefährdet oder dürfte sich doch zumindest deutlich langsamer als erhofft umsetzen lassen.

Ein möglicherweise kritischer Punkt ist auch die Aufgabenverteilung zwischen Radiologen und Kardiologen. Letztere sind – was sie bereits wiederholt beklagt haben – zunächst nur „zur Entscheidung zum weiteren Vorgehen bei unklaren oder komplexen Befunden nach erfolgter CT-Koronarangiographie“ hinzuzuziehen, wie es im Wortlaut der Fallkonferenz-GOP 34371 und sinngemäß auch der Methodenrichtlinie des G-BA heißt. Dennoch sind Kardiologen, die über CT-Technik und die nötige Qualifikation verfügen, von der Leistungserbringung ja nicht ausgeschlossen. Einerseits also Konkurrenz, andererseits Kooperation?

Nikolaou: Aus gutem Grund gehören Durchführung und Befundung der Computertomografie als ganze Modalität und damit auch die Computertomografie des Herzens zum Kern der Radiologie. Jede CT-Untersuchung ist immer auch mit einer Strahlenbelastung verbunden. Deshalb unterliegt der CT-Einsatz

äußerst strengen Regeln zum Strahlenschutz, und der gehört gewissermaßen zur DNA der radiologischen Ausbildung.

Entscheidend aber ist die Tiefe des Hintergrundwissens und der Ausbildung sowie die Qualität der Befundung. Die Interpretation eines CT des Herzens und damit des Thorax erfordert lange Erfahrung und Kenntnisse aller abgebildeten Organe, Strukturen und möglicher Pathologien.

Wichtige Befunde auch außerhalb des Herzens müssen sicher, frühzeitig und konsequent an die richtige Versorgung geleitet und kommuniziert werden. Das kann nur von Radiologinnen und Radiologen geleistet werden.

Helmberger: Natürlich sind gemeinsame Fallkonferenzen und individuelle Fallbesprechungen mit den kardiologischen Kollegen immer wertvoll und vor allem bei unklaren oder komplexen Befunden nach erfolgter CCTA von zentraler Bedeutung. Diese Rücksprache und Abstimmung ist gängige Praxis.

Wichtig ist, dass die CCTA bei den richtigen Patientinnen und Patienten, also mit niedriger bis mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit für eine KHK, eingesetzt werden soll. Das bedeutet: Häufig wird die CCTA eine chronische KHK ausschließen können, das ist die Stärke der Methode.

Es steht außer Frage, dass die Kardiologie bei behandlungswürdigen beziehungsweise höhergradigen Befunden Teil der weiteren Behandlung ist.

Stichwort Vortestwahrscheinlichkeit. Warum 15 bis 50 Prozent? Ist das in Stein gemeißelt? Warum ist das sachgerecht?

Nicolaou: Bei niedriger bis mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit, also besagten 15 bis 50 Prozent, verfügt die CCTA über eine sehr hohe Testgüte und ist auch kosteneffektiv. Bei einer Vortestwahrscheinlichkeit von unter 15 Prozent kann davon ausgegangen werden, dass in der Regel keine KHK vorliegt und andere differentialdiagnostische Erwägungen angestrengt werden müsse. Hier gilt es, unnötige Diagnostik und damit verbundene Belastungen zu vermeiden.

Der CT-Einsatz bis 50 Prozent Vortestwahrscheinlichkeit resultiert daraus, dass die Studien, auf die sich die Nutzenbewertung stützt, regelhaft diese Spanne nennen und insofern auch die Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie nachvollzogen wurden.

Bei über 50 Prozent ist eine CT grundsätzlich aber nicht verboten. Deren Einsatz muss dann nur im Einzelfall abgewogen werden – auch gegenüber anderen, weiterführenden, nicht invasiv funktionellen Untersuchungsverfahren, wie Ischämiebildgebung oder Stress-Echokardiografie.

Eine weitere Indikation zur Verdachtsabklärung auf chronische KHK resultiert in Situationen, in denen Herzoperationen aus anderen Gründen angezeigt und geplant sind, etwa wegen nachgewiesener Herzklappenerkrankung. Hierzu kann die CCTA unabhängig von der Vortestwahrscheinlichkeit eingesetzt werden.

Und welches Konfliktpotenzial birgt die Überweisungskaskade vom Hausarzt zum Radiologen und dann zum Kardiologen mit Zwischenstopp zunächst wieder beim Hausarzt?

Helmberger: Wir haben jetzt eine neue Situation mit neuen Behandlungspfaden. Natürlich ist das immer auch eine Herausforderung. Gewohnte und vermeintlich bewährte Muster aufzugeben, ist nicht immer einfach – auch in der Medizin nicht.

Aber wir alle wünschen uns doch ein starkes Primärarztsystem, in dem der Hausarzt eine koordinierende Rolle einnimmt. Das ist nicht nur gesundheitsökonomisch sinnvoll, es hilft auch, die Versorgung insgesamt zu verbessern.

Professor Hermann
Helmberger.

© BDR

Bezogen auf die KHK-Diagnostik und -Therapie bedeutet das, den Einsatz von Diagnostik und Therapie zielgenauer zu gestalten und die bestehende Überdiagnostik abzubauen. Die Zulassung der CCTA zur ambulanten Regelversorgung gibt uns die Chance, die Abläufe entsprechend neu auszutarieren.

Der Spezialist ist immer dann gefragt, wenn die Patientengesundheit das erfordert. Was heute in der Dreiecksbeziehung von hausärztlicher, radiologischer und kardiologischer Versorgung konfliktrichtig erscheint, wird sich in Zukunft im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung einspielen, oder ist hier und da sogar heute schon gängige Praxis.

Professor Hermann Helmberger ist Chefarzt des Zentrums für Radiologie und Nuklearmedizin am Klinikum Dritter Orden München-Nymphenburg. Seit 2023 ist er Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Radiologie (BDR).

Nikolaou: Es werden sich also am Ende verschiedene Versorgungswege und Patientenpfade etablieren: Wenn ein Patient nach einer primärärztlichen Basisdiagnostik und einer korrekt ermittelten Vortestwahrscheinlichkeit zur Herz-CT an die Radiologie überwiesen wird, dann erhält der Hausarzt einen strukturierten Befundbericht mit Empfehlungen.

Der Hausarzt entscheidet auf dieser Grundlage gemeinsam mit dem Patienten, wie es weitergeht, natürlich auch über die notwendige Weiterbehandlung beim Kardiologen. Klar ist, die Planung der notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte bei stabiler KHK liegt immer in der Verantwortung des überweisenden Arztes, sei es des Hausarztes oder des kardiologischen Spezialisten.

Sehen Sie ein Risiko, dass Kardiologen lieber selbst eine Koronarangiografie machen, statt zum Radiologen zu überweisen?

Nikolaou: Die Nationale Versorgungsleitlinie zur chronischen KHK ist in ihren Empfehlungen eindeutig. Und der G-BA ist diesen Empfehlungen gefolgt. Bei der genannten Vortestwahrscheinlichkeit soll diagnostisch vorrangig die Herz-CT zum Einsatz kommen. Selbstverständlich gehen wir davon aus, dass Ärzte aller beteiligten Disziplinen ihre Patienten leitlinienkonform behandeln.

Helmberger: Aber auch mit Blick auf die durch die CCTA erhoffte finanzielle Entlastung sollte die invasive Diagnostik in der genannten Patientengruppe zurückgeführt werden. Ein relevanter Anteil aller Herzkatheteruntersuchungen wird heute stationär erbracht und – abhängig von der DRG im Einzelfall und dem Landesbasisfallwert – erheblich höher vergütet.

Hier besteht also ganz erhebliches Einsparpotenzial. Anders gesagt: Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen werden sicher auch KVen und vor allem die Kassen gerade in den Anfangsjahren das Mengenverhältnis Katheterdiagnostik zu Herz-CT genau beobachten.

Sind die Hausärzte auf den neuen Versorgungspfad von der Primärversorgung zur Radiologie schon vorbereitet? Oder muss sich Routine diesbezüglich erst noch einspielen?

Helmberger: Tatsächlich erfährt hier die primärärztliche Versorgung in der Diagnose- und Therapieplanung eine deutliche Aufwertung. Es wird eine wichtige Aufgabe der Radiologie sein, die zentrale Rolle der Hausärzte jenseits der KHK-Basisdiagnostik zu vermitteln und bestmöglich zu unterstützen.

Die bestehenden Netzwerke und Kooperationen zwischen Radiologie und Hausärzteschaft werden dabei sicher hilfreich sein.

Einsparpotenzial

Nach EBM-Ziffer 34370 bringt ein Herz-CT zum aktuellen Punktwert 159,26 Euro. Die invasive KHK-Diagnostik nach EBM-Position 34291 („Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiografie“) ist derzeit mit 393,49 Euro mehr als doppelt so hoch bewertet.

Von einem breiten Einsatz der CCTA in der GKV-Versorgung können erhebliche Einsparungen erwartet werden: Stationär brächte beispielsweise die DRG F72B („Angina pectoris ohne äußere schwere CC“) einschließlich Pflegeentgelt 2024 effektiv 905,38 Euro.

Laut IQTIG-Qualitätsbericht wurden 2023 bundesweit 472.668 diagnostische Katheter („isolierte Koronarangiografien“) gelegt – überwiegend stationär (351.642). Ambulant verzeichnete das IQTIG 121.026 Fälle.

Vergleich zur Privatmedizin: Hier kann ein Herz-CT nach GOÄ-Nr. 5371 zum Regelhöchstsatz mit 335,15 Euro abgerechnet werden. Im Entwurf der neuen (GOÄ) wird die Leistung sogar noch etwas aufgewertet (Nr. 13342, 390 Euro).

Wie sähe aus radiologischer Perspektive idealerweise das „Nacheinander“ der Leistungserbringer in Sachen CT-Diagnostik auf Koronarstenose aus?

Nikolaou: Aus fachlicher Perspektive gibt es für die Radiologie nicht das eine, ideale Setting. In der Nationalen Versorgungsleitlinie sind die Untersuchungs- und Behandlungsabläufe klar beschrieben.

Für die Radiologie bedeutet das: Wir werden auf Zuweisung tätig, also auf Grundlage der zuvor durch den Hausarzt oder den Kardiologen festgestellten Vortestwahrscheinlichkeit, die von den behandelnden Radiologinnen und Radiologen vor der Untersuchung noch einmal überprüft wird. Der strukturierte radiologische Befund gibt dann eine Empfehlung zur weiteren Behandlung.

Helmberger: Und soweit die Zuweisung durch den Hausarzt erfolgt ist, entscheidet dieser später auch über eine Überweisung des Patienten zum Kardiologen. An den Stellen in Deutschland, an denen bereits gemeinsame Fallkonferenzen stattfinden, gibt es damit sehr gute Erfahrungen.

Dazu bespricht der Radiologe den Fall mit einem Kollegen der Kardiologie. Der zuweisende Kollege, etwa der Hausarzt, kann an dieser Fallkonferenz teilnehmen, muss das aber nicht zwingend tun. Diese Besprechungen können auch als Videokonferenzen stattfinden. Auch diese Abläufe müssen und werden sich einspielen.

Anlässlich der Aufnahme der Herz-CT in den ambulanten GKV-Katalog war verschiedentlich vor drohender Überdiagnostik gewarnt worden. Reichen Leitlinien, G-BA und EBM-Vorgaben aus, um unnötig additive Katheterdiagnostik zu verhindern?

Nikolaou: Um solchen Fehlentwicklungen vorzubeugen, müssen wir eben diese Abläufe in benachbarten Gesundheitssystemen wie zum Beispiel Dänemark, wo Herzkatheter häufig zusätzlich zum CT eingesetzt werden, bewerten und hiesige Abläufe entsprechend optimieren. Eine additive Diagnostik wird vermieden, wenn das System primär auf Zuweisung basiert.

So liegt die CCTA-Indikation, –Durchführung und –Befundung in einer Hand, nämlich bei der Radiologie, und die weitere Behandlung in einer anderen. Selbstzuweisungen „unklarer“ CCTA-Befunde in eine weiterführende invasive Diagnostik lassen sich dadurch vermeiden.

Auch muss konsequent darauf geachtet werden, dass Patienten mit Vortestwahrscheinlichkeit unter 15 Prozent kein CT erhalten, da daraus, wie bereits ausgeführt, ebenfalls eine Überdiagnostik resultieren könnte.

Wie ist es um ein flächendeckendes radiologisch-ambulantes CT-Angebot zur Herzdiagnostik bestellt? Können heute schon ausreichend viele Leistungserbringer die vom G-BA geforderte Anzahl selbstständiger CCTA-Befundungen (150) und -Durchführungen (50) nachweisen?

Helmberger: Diese Qualifikation kann durch mindestens die Qualifizierungsstufe Q2 der Zusatzqualifizierung „Kardiovaskuläre Radiologie“ der Röntgengesellschaft erworben werden.

Die DRG hatte bereits im Bewertungsverfahren des G-BA dargelegt, dass ausreichend viele Radiologinnen und Radiologen diese Zusatzqualifikation bereits besitzen und deren Anzahl voraussichtlich noch weiter zunehmen wird. Aktuell erfüllen mehr als 750 Radiologinnen und Radiologen in Niederlassung und Klinik die Anforderungen.

Wie können Zuweiser und Patienten regional die geeigneten Leistungserbringer finden?

Helmberger: Die DRG veröffentlicht alle Radiologen mit einer Q2-Zusatzqualifizierung online. Auf dem Portal www.radiologie-finden.de (<https://www.radiologie-finden.de>) lässt sich einfach nach diesen Personen suchen.

Darüber hinaus nutzen wir unsere etablierten Netzwerke mit Hausärzten und Kardiologen, um vor Ort auf entsprechend zertifizierte Kolleginnen und Kollegen hinzuweisen.