

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Computertomographie-Koronarangiographie bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit

Vom 18. Januar 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Januar 2024 beschlossen, die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) in der Fassung vom 17. Januar 2006 (BAnz S. 1523), die zuletzt am 20. Oktober 2022 (BAnz AT 13.01.2023 B 3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. In Anlage I (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) wird folgende Nummer angefügt:

„42. Computertomographie-Koronarangiographie bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit

§ 1 Beschreibung der Methode

Die Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) ist ein nicht invasives morphologisches Bildgebungsverfahren zum direkten Nachweis von Stenosen, das auf einer computertomographischen, kontrastverstärkten Darstellung der Koronararterien unter EKG-getriggelter Bildakquisition beruht.

§ 2 Indikation

Die CCTA darf zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden bei Patientinnen und Patienten, bei denen nach Bestimmung einer Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) von mindestens 15 % weiterhin der Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cKHK) besteht oder wenn die Durchführung der CCTA im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen unabhängig von der Feststellung oder Behandlung einer cKHK zum Ausschluss cKHK medizinisch notwendig ist.

§ 3 Eckpunkte der Qualitätssicherung: Prozessqualität

- (1) Liegt die VTW für das Vorliegen einer cKHK zwischen 15 % und 50 %, soll die Abklärung durch eine CCTA erfolgen.
- (2) Zur Bestimmung des Risikofaktors „Calcium-Score“, zur Vermeidung unzuverlässiger Messungen und zur Eingrenzung des weiteren Scanvolumens und damit Optimierung der benötigten Strahlendosis für die CCTA ist vor der CCTA eine native computertomographische Darstellung des Herzens mit Bestimmung des Koronarkalks durchzuführen.
- (3) Es ist während der Untersuchung eine Zielherzfrequenz von ≤ 60 Schlägen pro Minute anzustreben, um die Rate nicht beurteilbarer CCTA möglichst gering zu halten. Dies kann auch durch die Einleitung geeigneter pharmakologischer Maßnahmen erreicht werden.
- (4) Das diagnostische Ergebnis der CCTA hat basierend auf den Kriterien zum Diameter-Stenosegrad von mindestens 50 % in mindestens einer Koronararterie zum Ausschluss oder zur Bestätigung einer obstruktiven KHK eine Diagnosestellung sowie eine begründete Therapieempfehlung oder eine Empfehlung zur weiteren Abklärung unter Berücksichtigung des Stenosegrades der Koronararterien zu enthalten.
- (5) Bei der weiteren Abklärung nach erfolgter CCTA ist zu berücksichtigen, dass eine invasive Koronarangiografie (ICA) nur veranlasst oder durchgeführt werden soll
 - bei Verdacht auf Vorliegen einer stenosierenden KHK, deren Symptomatik trotz optimaler konservativer Therapie persistiert und bei der die Entscheidung für eine Revaskularisierung bereits getroffen wurde,
 - bei fehlender Auswertbarkeit der CCTA-Ergebnisse aufgrund der vorgefundenen Befundlage (zum Beispiel zu hoher Verkalkungsgrad) und vorliegenden Kontraindikationen für die Durchführung einer funktionellen Diagnostik
 - oder bei einer akuten klinischen kardialen Symptomverschlechterung, die auf das Vorliegen eines akuten Koronarsyndroms (AKS) hinweist.
- (6) Bei Beschwerdepersistenz trotz negativer CCTA soll eine Ischämieabklärung mittels funktioneller bildgebender Diagnostik erwogen werden.
- (7) Die Entscheidung zum weiteren Vorgehen insbesondere bei unklaren oder komplexen Befunden sollte nach Möglichkeit interdisziplinär mindestens unter Einbeziehung radiologischer und kardiologischer Fachexpertise erfolgen.

§ 4 Eckpunkte der Qualitätssicherung: Strukturqualität

- (1) Eine CCTA darf nur von Fachärztinnen oder Fachärzten erbracht werden, die neben der Erfüllung der strahlenschutzrechtlichen Voraussetzungen folgende Erfahrungen nachweisen können:
 - a) selbstständige Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und selbstständige Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen jeweils bereits vor Inkrafttreten dieses Beschlusses oder
 - b) Befundung der CCTA in 150 oder mehr Fällen und Durchführung der CCTA in 50 oder mehr Fällen, jeweils unter Anleitung einer bereits erfahrenen Anwenderin oder eines bereits erfahrenen Anwenders im Falle der Neuanwendung.

- (2) Die eingesetzten Computertomographen haben mindestens 64 Detektorzeilen aufzuweisen.

§ 5 Weitere Voraussetzungen

Voraussetzung für die Erbringung der Leistung nach § 1 ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Diejenigen Trägerorganisationen des G-BA, die auch Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte sind, legen unter Einbeziehung der nach § 140g SGB V für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen durch eine zu beschließende Anpassung ihrer Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Absatz 2 SGB V die Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung nach Satz 1 durch die Kassenärztliche Vereinigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistung nach § 1 fest.

§ 6 Evaluation des Leistungsgeschehens infolge der Richtlinie

- (1) Der G-BA evaluiert innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen dieser Richtlinie zur Empfehlung der CCTA den Grad ihrer Umsetzung sowie ihre Auswirkungen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf das Vorliegen einer cHKH, insbesondere im Hinblick auf die Fallzahlentwicklung der CCTA und der ICA.
- (2) Die Evaluation erfolgt auf der Grundlage der Daten zum Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung, der Krankenhausversorgung und im Rahmen des ambulanten Operierens. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem G-BA jährlich die Anzahl an Leistungserbringenden, die die CCTA oder die ICA durchführen oder zu deren Durchführung berechtigt sind sowie die Anzahl der vertragsärztlich erbrachten und abgerechneten CCTA und ICA, erstmals für das Jahr 2024, sowie einmalig rückwirkend für die Jahre 2019 bis 2023, in Bezug auf die ICA bis zum 30. September eines Jahres jeweils für das Vorjahr und erstmalig am 30. September 2024. Hierzu übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jedes Jahr bis zum 30. April die entsprechenden Daten des Vorjahres sowie einmalig die Daten für die Jahre 2019 bis 2023 bis zum 30. April 2024. Die Daten zu Leistungen der Krankenhausversorgung ermittelt der G-BA aufgrund von Daten des statistischen Bundesamtes. Alle Daten zu Leistungen sollen, soweit dies aufgrund der Datenverfügbarkeit möglich ist, auf die Nutzung der CCTA und der ICA zur Klärung des Verdachtes auf das Vorliegen einer chronischen koronaren Herzkrankheit bezogen werden.“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Januar 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken