

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum
Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL):
Aufnahme von Eingriffen zur transarteriellen Linksherz-
Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-
transluminaler Koronargefäßintervention in den
Besonderen Teil der Richtlinie

Vom 20. August 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	1
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Zu den Änderungen im Einzelnen	5
4.	Bürokratiekostenermittlung	11
5.	Verfahrensablauf	11
6.	Fazit	12
7.	Literaturverzeichnis	12
8.	Zusammenfassende Dokumentation	13

1. Rechtsgrundlage

Mit dem zum 23. Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) haben Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, mit § 27b Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) einen Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung erhalten. Gemäß § 27b Absatz 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe, in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung nach § 27b SGB V besteht.

Es obliegt ihm ferner, indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung sowie an die Erbringer einer Zweitmeinung festzulegen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Einsatz invasiver Koronarangiographien zur Diagnostik bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris oder Dyspnoe war lange Jahre der Goldstandard. Gemäß der S3-Leitlinie „Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK Version 7.0“ [3] aus dem Jahr 2024 sind invasive Koronarangiographien zur Diagnostik jedoch nicht mehr indiziert; sie sind lediglich im Kontext der Planung einer invasiven Therapie (Perkutan transluminale Koronargefäßintervention (PCI) oder aortokoronare Bypass-Operation (CABG)) indiziert. Auf Seite 40 der NVL heißt es: *„Die Leitliniengruppe sieht den Stellenwert der invasiven Koronarangiographie insbesondere im Kontext der Planung invasiver Therapien (siehe Kapitel 8 Invasive Therapie (PCI bzw. CABG)). Daher ist die invasive Koronarangiographie nicht Bestandteil des Diagnostikalgorithmus Abbildung 4) bei Verdacht auf eine chronische, stenosierende KHK beziehungsweise erneut auftretende Beschwerden bei einer bestehenden stenosierenden KHK.“* Gleichzeitig deuten die kürzlich abgeschlossenen Innovationsfonds-Projekte „ENLIGHT KHK“ [5] und „KARDIO Studie“ [6] darauf hin, dass sich die Leitlinienempfehlungen in der Versorgungspraxis noch nicht durchgesetzt haben. Auch liegt daher die Vermutung nahe, dass die vom IQWiG in einem Rapid Report [7] aus dem Jahr 2020 beschriebene Mengendynamik und regionalen Praxisvariationen wesentlich auf den Einsatz von invasiven Koronarangiographien zu diagnostischen Zwecken zurückgehen. Aufgrund der möglichen Mengenanfälligkeit hat der Gemeinsame Bundesausschuss, invasive Koronarangiographien in die Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) aufgenommen. Durch das Einholen einer Zweitmeinung sollen Patientinnen und Patienten bei der informierten Entscheidungsfindung unterstützt und medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden.

Mit dem Änderungsbeschluss werden Eingriffe zur „transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminale Koronargefäßintervention“ in den Besonderen Teil der Richtlinie aufgenommen, für die künftig ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen in § 27b SGB V sind für das Zweitmeinungsverfahren planbare Eingriffe zu bestimmen, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung ihrer Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Bei den inkludierten Eingriffen der „transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminale Koronargefäßintervention“ i.S. dieser Richtlinie handelt es sich um solche planbaren Eingriffe zur Diagnostik oder Therapie für Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Akute, notfallmäßige und dringliche Eingriffe sind davon nicht umfasst. Bei der Auswahl der Eingriffe sollen unter anderem der Nutzen für Patientinnen und Patienten durch eine Unterstützung der informierten Entscheidungsfindung und andere Ziele gemäß § 2 Zm-

RL, wie die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Eingriffe, berücksichtigt werden. Bei der Auswahl der Eingriffe wurden als weitere Gesichtspunkte insbesondere Informationen zum Leistungsgeschehen, zu konservativen und invasiven Therapiealternativen, zur Evidenzbasierung und zu anderen Verfahren und Instrumenten der Qualitätssicherung berücksichtigt.

Die Ergebnisse in Bezug auf die zahlenmäßige Entwicklung der Durchführung der Eingriffe, der Planbarkeit und zum Leistungsgeschehen, zu konservativen und weniger invasiven Therapiealternativen sowie zur Evidenzbasierung beruhen wesentlich auf dem durch den G-BA hierzu beauftragten und erarbeiteten IQWiG-Bericht zur Auswahl von Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren [7]. Der G-BA sieht diese Themenauswahl auch deshalb als angemessen an, weil die Mengenanfälligkeit in verschiedenen Studien bereits deutlich geworden ist (s. u. Abschnitt 3).

Das IQWiG hatte sowohl die Myokardperfusionsbildgebung, die invasive Koronarangiographie als auch zwei unterschiedliche Formen der myokardialen Revaskularisierungsverfahren (perkutane Koronarinterventionen und koronare Bypass-Operationen) jeweils gesondert analysiert. Aus der analytischen Sicht des IQWiG-Berichtes ist eine gesonderte Betrachtung der verschiedenen vier Verfahren nachvollziehbar. Eine Festlegung von vier getrennten Eingriffsthemen als Zweitmeinungsthemen ist aber für die Umsetzung in der Zweitmeinungsberatung nicht hilfreich, da die verschiedenen vom IQWiG analysierten Verfahren in der medizinischen Realität ein- oder mehrzeitig erfolgen und jeweils Alternativen im medizinischen Vorgehen zur Lösung von Problemen der Patientin oder des Patienten darstellen können. Die zuvor genannten Eingriffe bilden einen medizinisch unmittelbar zusammenhängenden Themenkomplex von Diagnostik und Therapie, so dass sie gemeinsam in eine Beratung über Eingriffe gemäß dieses Beschlusses gehören. Um zu verhindern, dass zusammenhängende Eingriffe, die somit zu einem logischen Beratungskomplex gehören, in getrennten Beschlüssen geregelt werden und in der praktischen Situation für die Erst- und Zweitmeiner zu komplizierten Beratungsszenarien führen, hat sich der G-BA dafür entschieden, dass für die Zweitmeinungs-Richtlinie die transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention als auslösende Indikationsstellung definiert wird. Praktisch bedeutet dies, dass mit der Empfehlung einer Koronarangiographie mittels Herzkatheter der Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung entsteht und in der dann stattfindenden Zweitmeinungsberatung differenziert über die Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs und Alternativen inklusive der Vor- und Nachteile informiert wird. Die Beratung beinhaltet neben der nicht-invasiven Diagnostik somit auch die Behandlungsoptionen konservativer Ansätze (wie z. B. Änderung der Lebensführung) und Ansätze konservativ medikamentöser Therapie, den sofortigen Übergang in einen therapeutischen Eingriff („einzeitig“) und einen therapeutischen Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt.

Der G-BA geht zudem davon aus, dass aus der Versorgungssicht vor allem zwei Fragestellungen relevant sind:

1. ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist,
2. ob eine perkutane Koronarintervention notwendig ist,

jeweils auch in Abwägung der diagnostischen oder therapeutischen Alternativen. Zudem ist aus Versorgungssicht relevant welcher Nutzen und welche Risiken bestehen, wenn sich aus der diagnostischen Koronarangiographie eine Indikation zur invasiven Therapie (entweder perkutane Koronarintervention oder aortokoronare Bypass-Operation) ergibt.

Fragestellungen zur Auswahl nicht-invasiver Diagnostik (z. B. Myokardperfusionsbildgebung und CT-Angiographie) werden nicht als gesonderte Eingriffe, deren Empfehlung den Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung nach vorliegender Richtlinie zur Folge hätte, betrachtet, da weder bei der Myokardperfusionsbildgebung noch bei der CT-Angiographie eine Mengenanfälligkeit vorliegt. Für funktionelle nicht-invasive Diagnostik ist eher von einer zu geringen Nutzung (s. u. zur „Mengenanfälligkeit“) auszugehen, sodass keine Mengenanfälligkeit i. S. der gesetzlichen Grundlage vorliegt. Eine routinemäßige Leistungserbringung zur CT-Koronarangiographie, als morphologische nicht-invasive Diagnostik, dürfte erst nach Aufnahme der Leistung als anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode durch den G-BA im Jahr 2024 [4] begonnen haben, sodass hier noch keine Mengenanfälligkeit betrachtet werden kann. Daten, die insbesondere der G-BA zum Monitoring der Zahl der erbrachten CT-Koronarangiographie, in Relation zur Zahl der erbrachten invasiven Koronarangiographie durch Herzkatheter und der erhofften Substitution der hohen Herzkatheterzahlen (s. u. unter „Mengenanfälligkeit“), zu erheben und zu bewerten beabsichtigt liegen noch nicht vor. Die Anzahl der durchgeführten aorto-koronaren Bypass-Operationen ist in den vergangenen Jahren zurückgegangen ([7], Tab. 15, S. 165 ff.), sodass auch in Bezug auf diese eine Mengenanfälligkeit i. S. der gesetzlichen Grundlage des Zweitmeinungsverfahrens nicht gesehen wird.

Die Komplexität der genannten, verbundenen Fragestellungen liegt vor allem darin begründet, dass für die erste Fragestellung insbesondere geprüft werden muss, ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden und im Ergebnis die Empfehlung der Durchführung einer invasiven Angiographie nachvollziehbar ist.

In Bezug auf die zweite Fragestellung, die der Therapieentscheidung bzw. der Therapieplanung liegen ebenso Erkenntnisse zur Mengenanfälligkeit in Bezug auf die perkutane Koronarintervention vor (s. u. „Mengenanfälligkeit“), auch unabhängig von der ersten Fragestellung zur fraglichen Nutzung als isolierte, diagnostische Koronarangiographie. Hier sind weitere Aspekte von Bedeutung, die sowohl von Vorentscheidungen von Patientinnen und Patienten abhängig sein können (NVL KHK [3], S. 48 ff.) als auch von Befunden, die zum Teil erst nach bzw. während der Durchführung der Koronarangiographie mittels Herzkatheter gewonnen werden (Ausmaß und Lokalisation der Stenosen). Diese Möglichkeit der Durchführung einer perkutanen Koronarintervention unmittelbar im Anschluss einer Koronarangiographie („ad hoc“ bzw. „einzeitig“) mit Auswirkungen auf die o. g. zweite Fragestellung führt dazu, dass die Patientin oder der Patient bereits bei der

Entscheidung zur invasiven Koronarangiographie über die möglichen Handlungsoptionen informiert werden muss. Da die Eingriffsempfehlung in unterschiedlichen Fallkonstellationen bzw. zu unterschiedlichen Fragestellungen erfolgen kann, wird eine entsprechend differenzierte Zweitmeinungserbringung ermöglicht, insbesondere auch im Hinblick auf die Beiträge als Zweitmeiner oder als Hinzuzuziehende unterschiedlicher ärztlicher Fachgruppen. Die Beratung soll sicherstellen, dass die Patientin oder der Patient die Konsequenzen der Entscheidung versteht und nach den eigenen Präferenzen bewerten kann.

3. Zu den Änderungen im Einzelnen

Zu § 1 der Eingriffe zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention im Besonderen Teil der Zm-RL

Zu Absatz 1

Eine chronische koronare Herzkrankheit (chronische KHK, synonym: chronisches Koronarsyndrom) ist die Manifestation einer multifaktoriell bedingten Veränderung der Herzkranzgefäße, die man als Atherosklerose bezeichnet. Die häufigste Form der Atherosklerose besteht in der Bildung lipidhaltiger Plaques („fetthaltige Auflagerungen“), die zu Verengungen (Stenosen) des durchströmten Querschnittes (Lumen) der Herzkranzgefäße führen, so dass ab bestimmten Graden der Lumeneinengung der Blutdurchfluss in den betroffenen Herzkranzgefäßen so reduziert sein kann, dass es zu einer Minderdurchblutung und somit zu einer mangelnden Sauerstoff-Versorgung des Herzmuskelgewebes kommt (Ischämie). In der Folge wird der Sauerstoff-Bedarf der Herzmuskelzellen nicht mehr gedeckt, wodurch das betroffene Herzmuskelareal geschädigt, die Herzleistung beeinträchtigt und in der Folge lebensbedrohliche Zustände für die betroffenen Patientinnen und Patienten entstehen können.

Die chronische KHK ist vom akuten Koronarsyndrom abzugrenzen. Diagnostik, Behandlung und Eingriffe in Bezug auf das akute Koronarsyndrom sind nicht Gegenstand der Zweitmeinung nach der vorliegenden Richtlinie.

Die KHK entwickelt sich in der Regel über längere Zeit. Erkrankungen wie erhöhter Blutdruck (Arterielle Hypertonie) oder eine Erhöhung bestimmter Blutfette (Hyperlipidämie) sind eigenständige Diagnosen, aber auch Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK. Die Diagnostik der Risikofaktoren für eine KHK erfolgt in der Regel in der hausärztlichen ambulanten Versorgung. Für die Diagnostik der KHK wird ein abgestuftes Verfahren empfohlen, in dem erst bei höheren Wahrscheinlichkeiten des Vorliegens (Vortestwahrscheinlichkeit) von hämodynamisch-relevanten Lumeneinengungen z. B. durch Verkalkungen der Herzkranzgefäße zur weiteren apparativen und gegebenenfalls in der Folge auch invasiven Diagnostik geraten wird ([3], S. 19 ff.; [1], S. 164 Abb. 1).

Bei Verdacht auf oder bereits bekannter KHK, werden in der Regel weiterführende Untersuchungen durchgeführt. Mit Verfahren zur Darstellung der Morphologie sowie Messung der Durchblutung der Koronargefäße soll im Hinblick auf die funktionellen Folgen

einer Minderdurchblutung mit gegebenenfalls reduzierter Sauerstoffversorgung des Herzens dabei in vielen Fällen zunächst geklärt werden, in welchem Ausmaß Verengungen der Koronargefäße vorliegen, und ob diese funktionell relevant sind. Die Messung der Durchblutung der Koronargefäße leisten dabei nicht alle zur Verfügung stehenden Verfahren [1]. Nur sogenannte funktionelle Untersuchungen ermöglichen Aussagen darüber, in welchem Ausmaß koronare Lumeneinengungen zu einer tatsächlichen Durchblutungsstörung des Herzmuskelgewebes führen. ([3], S. 28 ff.).

Durch die Einschätzung von Risikofaktoren und die Interpretation der erhobenen Befunde morphologischer oder funktioneller Untersuchungen können Risikoschwellen für die Initiierung weiterer invasiver Eingriffe patientenindividuell bestimmt werden.

Eine Besonderheit der koronarangiographischen Eingriffe liegt darin, dass bei Durchführung einer zunächst diagnostischen Koronarangiographie die Möglichkeit besteht, in der gleichen Behandlungssitzung „einzeitig“ und gestützt auf den Angiographie- und (gegebenenfalls) Fraktionelle Flussreserve (FFR)-Befund eine Behandlung der Stenose(n) durch eine perkutane Koronarintervention durchzuführen, z.B. als Ballonangioplastie mit Aufweitung betroffener Gefäße bzw. Gefäßabschnitte und /oder durch das Einsetzen von gefäßerweiternden feinen röhrenförmigen Drahtgeflechten, den sogenannten „Stents“, in die betroffenen Herzkranzgefäße.

Grundsätzlich stehen zur Behandlung neben einer konservativen, nicht-medikamentösen Therapie (Ernährung/Gewicht, Alkohol- und Tabakkonsum, psychosoziale Faktoren, ([3], S. 57 ff.) und medikamentösen Therapien (Blutdruck, Lipide u. a. [3], S. 69 ff.) verschiedene invasive Behandlungsoptionen (invasive Behandlungsverfahren) zur Verfügung, die insbesondere durch Beseitigung / Überbrückung der Stenose(n) die Ischämie, ihre Symptomatik und Folgeerscheinungen beseitigen oder lindern sollen.

Generell unterliegen die Auswahl und Nutzung unterschiedlicher Diagnose- und Therapieverfahren, insbesondere auch der invasiven Behandlungsoptionen einer Entscheidungsfindung, die partizipativ erfolgen soll ([3], S. 48 ff.).

Unabhängig von den Pflichten des Erstmeiners wie den Pflichten der Person die einen Eingriff durchführt, ist es Aufgabe des Zweitmeiners, entsprechende Entscheidungssituationen mit der Patientin oder dem Patienten zu besprechen. Hierbei sind u. a. die Anzahl der betroffenen Koronararterien, die Lage der Stenosen und deren Stenosegrad, die Risiken der jeweiligen Verfahren, gegebenenfalls vorliegende Begleiterkrankungen und die Therapiewünsche der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Neben der Situation in der Erstdiagnostik einer KHK kann sich die Frage weiterer bzw. erneuter Diagnostik und gegebenenfalls Therapie, bei Veränderungen der Symptomatik bzw. der Erkrankungssituation stellen ([3], S. 46 f.) und es können weitere Fallkonstellationen (z. B. eine erneute Stenosierungen auch in eingesetzten Stents) zu berücksichtigen sein. Diese werden hier nicht im Einzelnen dargestellt, können jedoch ebenfalls Gegenstand einer Zweitmeinung sein.

Umfasst sind Eingriffe bzw. Therapieverfahren, die bei Durchführung mit Hilfe der für das Jahr 2026 gültigen Operationen- und Prozedurenklassifikation (OPS) des Bundesamtes für

Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit einem der Codes wie folgt kodiert werden würden:

- 1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung;
- 8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen;
- 8-83d Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
- Bei Durchführung der Herzkatheter-Untersuchung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung wird die Gebührenordnungsziffer 34291 Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie verwendet, ggf. mit der Gebührenordnungsziffer 34286 Zuschlag Intervention, um eine perkutante Koronarintervention zu kodieren.

Planbarkeit

Gemäß § 27b SGB V muss es sich bei den Eingriffen, bei denen ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung besteht, um planbare Eingriffe handeln. Die umfassten Eingriffe sind bei chronischer KHK grundsätzlich als planbar anzusehen.

Wenn ein akutes Koronarsyndrom vorliegt werden koronarangiographische Eingriffe als Notfall-Eingriff vorgenommen. Die Situation als Notfalleingriff ist von der vorliegenden Richtlinie nicht umfasst was mit der Formulierung „Planbar“ in § 1 Absatz 1 klargestellt wird.

Mengenanfälligkeit

Nach gesetzlicher Grundlage sind Eingriffe auszuwählen, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung der Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Die hier umfassten Eingriffe erfüllen dieses Kriterium der Mengenanfälligkeit ausweislich der im IQWiG-Bericht [7] ausgewerteten Literatur und der durchgeführten Analysen zur Versorgung in Deutschland (s. Abschnitt 5.6.5, S. 66 f. zur perkutanen Koronarintervention, 5.6.7 zur Herzkatheteruntersuchung).

Ferner liegen auch jüngere Ergebnisse aus durch den Innovationsausschuss beim G-BA geförderten Studien (KARDIO-Studie [6], ENLIGHT-KHK-Studie [5]) vor. In der KARDIO-Studie wurden Ergebnisse zur nicht leitliniengerechten Diagnostik berichtet (wobei auch Limitationen der Studie zu verzeichnen waren). Die ENLIGHT-KHK-Studie, eine Beobachtungsstudie in der stationäre Bereich, in dem die überwiegende Zahl der Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt wird, untersucht wurde, hatte zum Ergebnis, dass der invasiven Koronarangiographie offenbar in vielen Fällen keine in der Leitlinie empfohlene nicht-invasive Diagnostik vorausging.

In der Gesamtschau der hier nicht im Einzelnen dargestellten Ergebnisse geht der G-BA deshalb davon aus, dass eine Mengenanfälligkeit i. S. der gesetzlichen Regelung in Bezug auf die invasive Koronarangiographie und die perkutane Koronarintervention gegeben ist. Es resultiert hier als eine der Aufgaben im Rahmen der Zweitmeinung, zu bewerten, ob eine invasive Koronarangiographie indiziert ist, insbesondere vor dem Hintergrund der Empfehlungen einschlägiger Leitlinien wie der NVL KHK [3], S. 40 oder der europäischen kardiologischen Leitlinie „ESC Guidelines for the Management of Chronic Coronary

Syndromes“ [9]. Eine invasive Koronarangiographie ist in der Regel nicht als primärer Teil des Diagnostikalgorithmus anzusehen, sondern es wird nach einer Risikostratifizierung analysiert und abhängig von den vorliegenden Ergebnissen der Vordiagnostik, den Ergebnissen der Risikostratifizierung und den Wünschen der Patientin bzw. des Patienten ein diagnostisches und gegebenenfalls therapeutisches Vorgehen empfohlen. Ziel ist die Ermittlung geeigneter diagnostischer Verfahren, die vor der Durchführung einer invasiven Koronarangiographie möglich und zu empfehlen sind.

Andere Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung

Das Qualitätssicherungsverfahren zu Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen auf der Grundlage der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA umfasst Indikatoren zur angemessenen Indikationsstellung zur Koronarangiographie bzw. perkutanen Koronarintervention, die jedoch gegenwärtig überarbeitet werden ([8], Bundesqualitätsbericht 2024, QS PCI, S. 43 f.), sodass an dieser Stelle keine Darstellung der in den Vorjahren erzielten Ergebnisse erfolgt.

Konservative und weniger invasive Therapiealternativen

Grundsätzlich stehen zur Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung abhängig vom Ausmaß der Erkrankung und der tatsächlichen, funktionellen Minderdurchblutung der Herzkranzgefäße unterschiedliche Verfahren zur Verfügung, insbesondere konservative nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapien sowie unterschiedliche invasive Verfahren der Revaskularisation.

Auch in Bezug auf die unterschiedliche mögliche Diagnostik sind Verfahren anhand des Grades der Aussagequalität (morphologisch versus funktionell), der Invasivität, der Belastungen und der Risiken unterscheidbar, zudem müssen patientenbezogene Faktoren und Präferenzen berücksichtigt werden.

Evidenzbasierung

Die sehr umfangreiche Evidenzbasis bzw. Literatur, die die hier gegenständlichen Eingriffe betrifft, wird auszugsweise im IQWiG-Bericht [7] genannt (s. 5.6.5, S. 66 f. zur perkutanen Koronarintervention, 5.6.7, S. 69 zur Herzkatheteruntersuchung und 5.6.15., S. 76 f. zu aortokoronaren Bypass-Operationen) sowie insbesondere auch in der NVL Chronische KHK ([3]) und der „ESC Guideline for the Management of Chronic Coronary Syndromes“ [9]. Eine differenzierte Darstellung erfolgt nicht.

Zu Absatz 2

In der Zweitmeinungsberatung soll u.a. in Bezug auf die Indikationsstellung geklärt werden, ob die benötigte diagnostische Information nicht auch durch weniger invasive Methoden erlangt werden kann insbesondere vor dem Hintergrund, dass die NVL KHK [3] (S. 40) die invasive Koronarangiographie in der Regel nicht als Teil des Diagnostikalgorithmus ansieht, gleichwohl aber Ergebnisse aus Versorgungsstudien vorliegen (s. o. unter

„Mengenanfälligkeit“), die nahelegen, dass diese Empfehlung häufig keine Beachtung findet. Daher ist diese Prüfung im Rahmen der Zweitmeinung von besonders herausgehobener Bedeutung. Da grundsätzlich zur Behandlung neben einer konservativen nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapie ([3], S. 57 ff.) verschiedene Revaskularisationsverfahren (perkutane Koronarinterventionen, aortokoronare Bypass-Operationen) zur Verfügung stehen, die insbesondere durch Beseitigung / Überbrückung der Stenose(n) die Ischämie, ihre Symptomatik und Folgeerscheinungen beseitigen oder lindern sollen, sind diese gegebenenfalls in die Beratung mit einzubeziehen. Ferner sollte die Zweitmeinungsberatung der Patientin und dem Patienten verdeutlichen, dass die invasive Koronarangiographie mit Herzkatheter in der gleichen Sitzung zu einem therapeutischen Eingriff ausgeweitet werden kann („einzeitige“ oder „ad hoc“-Intervention, vgl. [3], Übersicht S. 110), während andere ein zweizeitiges Vorgehen bedeuten (erst Diagnostik, dann zeitlich versetzt Therapie)

Insgesamt soll eine gemeinsame Entscheidungsfindung, wie u.a. in der NVL KHK ([3], S. 48 ff.) oder in der europäischen kardiologischen Leitlinie [9] empfohlen, realisiert werden.

Zu § 2 der Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarinterventionen im Besonderen Teil der Zm-RL

Zu Absatz 1

Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie sind qualifiziert, die Zweitmeinung abzugeben, sofern sie die im Allgemeinen Teil der Richtlinie formulierten Anforderungen erfüllen.

Gemäß der Muster- Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer 2018 (in der Fassung vom 03.07.2025) [2] übernehmen Fachärztinnen und Fachärzte für Kardiologie die *„Vorsorge, Früherkennung, Diagnostik, konservative und interventionelle Therapie sowie Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich spezieller kardiologischer Krankheitsaspekte bei [...] chronischer koronarer Herzkrankheit“* (S. 165).

Gemäß dieser Fassung der MWBO sind Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie qualifiziert, die Indikationsstellung zu und Befundinterpretation von Koronarangiographien und Herzkatheteruntersuchungen einschließlich interdisziplinärer Therapieentscheidung vorzunehmen. Sie führen diese Indikationsstellungen in der Versorgungspraxis insbesondere auch zur Planung und Vorbereitung herzchirurgischer Eingriffe regelmäßig durch.

Bei der Herzchirurgie wird unter den erforderlichen Handlungskompetenzen vermerkt, dass hierunter die „Indikationsstellung zu und Befundinterpretation von Koronarangiographien und Herzkatheteruntersuchungen einschließlich interdisziplinärer Therapieentscheidung“ zähle ([2], S. 56).

Zu Absatz 2

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin werden als beratende Fachgruppe benannt, da diese häufig die Diagnostik der chronischen KHK i. S. d. Abklärung von Ursachen der Symptomatik beginnen und gegebenenfalls eine Langzeitbetreuung der Patientinnen und

Patienten als Hausärztinnen oder Hausärzte übernehmen. Häufig obliegt es ihnen, bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer KHK gegebenenfalls weitere diagnostische Schritte zu erwägen und gegebenenfalls Überweisungen zur weiteren Diagnostik zu veranlassen, neben der Überweisung zu Kardiologinnen und Kardiologen z. B. zu Radiologinnen und Radiologen zur Durchführung einer CT-Angiographie oder zu nuklearmedizinischen nicht-invasiven Untersuchungen. Eine Empfehlung im Sinne des § 5 Allgemeiner Teil zur Durchführung einer Koronarangiographie mit Hilfe eines Herzkatheters erfolgt nicht im hausärztlichen Bereich.

Insofern die Empfehlung zur Durchführung des Eingriffes primär diagnostischen Zwecken dient kann eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Allgemeinmedizin ggf. im Rahmen der Abgabe der Zweitmeinung insbesondere prüfen, ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik ausgeschöpft sind bzw. ob deren Ergebnisse die Durchführung einer invasiven Koronarangiographie nachvollziehbar erscheinen lassen.

Zwar sieht die NVL KHK [3] (S. 40) die invasive Koronarangiographie in der Regel nicht als Teil des Diagnostikalgorithmus an. Empirische Ergebnisse (s. o. „Mengenanfälligkeit“) deuten aber darauf hin, dass diese dennoch auf eine solche Weise eingesetzt wird. Daher kann es hier insbesondere Aufgabe der Zweitmeinung sein, zu prüfen, ob ein solcher diagnostischer Eingriff nachvollziehbar empfehlenswert ist oder ob nicht-invasive diagnostische Verfahren zum Einsatz kommen könnten. Für diese Bewertung können die Fachgruppen Radiologie oder Nuklearmedizin hinzugezogen werden, da diese nicht-invasive diagnostische Leistungen (z. B. die CT-Angiographie oder die „Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)“) im Rahmen der KHK-Diagnostik erbringen und somit einschätzen können, inwiefern nicht-invasive diagnostische Verfahren für eine Patientin bzw. einen Patienten eine Option darstellen.

Zu Absatz 3

Die NVL KHK ([3], S. 118) empfiehlt bei komplexen Koronarbefunden über den Therapievorschlag interdisziplinär zu entscheiden. Daher wird eine entsprechende Regelung in Absatz 3 getroffen. Gibt es vor Durchführung der Koronarangiographie Hinweise, dass sowohl eine perkutane Koronarintervention als auch eine aortokoronare Bypass-Operation als Therapieoption in Frage kommen, so soll die Zweitmeinung interdisziplinär erfolgen. Die Einschätzung, ob eine aortokoronare Bypass-Operation eine mögliche Alternative darstellt, ist von der zweitmeinenden Ärztin bzw. dem zweitmeinenden Arzt zu treffen, die oder der hier gegebenenfalls die vorliegenden Befunde bzw. die gegebenenfalls auch von der Patientin oder dem Patienten berichteten Inhalte der Empfehlung zum Eingriff in Zusammenspiel mit den einschlägigen Leitlinienempfehlungen berücksichtigen kann.

Zu § 3

In der Zweitmeinung soll in Bezug auf die Indikationsstellung insbesondere geprüft werden, ob die benötigte diagnostische Information nicht auch durch nicht-invasive Methoden (z.B. funktionelle Untersuchungen wie Stress-Echokardiographie, Myokard-Perfusions-SPECT, Myokard-Perfusions-PET, Stress-Perfusions-MRT oder nicht-funktionelle (morphologische) Methoden wie die CCTA) gewonnen werden kann.

Zum Inkrafttreten

Das Inkrafttreten erfolgt zum ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger übernächsten folgenden Quartals. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechtes die Umsetzungsmaßnahmen zur Genehmigung der in diesem Beschlusstext genannten Facharztgruppen erst nach der rechtswirksamen Veröffentlichung im Bundesanzeiger beginnen können. Die Regelung sorgt dafür, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in der Regel ein Quartal Zeit haben, um die Prozesse für die Genehmigung aufzusetzen und zu etablieren.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 12.641 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 63.090 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

5. Verfahrensablauf

Am 6. Mai 2025 begann die Arbeitsgruppe Zweitmeinung mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusstentwurfes. In 8 Sitzungen wurde der Beschlusstentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Den gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerFO) stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) wurde Gelegenheit gegeben, zum Beschlusstentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 25. Februar 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 25. März 2026 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 20. Mai 2026.

Es wurden vier Stellungnahmen fristgerecht eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde durch die Arbeitsgruppe in einem schriftlichen Verfahren vorbereitet und durch den Unterausschuss in seiner Sitzung am 1. Juli 2026 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 10. Juni 2026 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. August 2026 beschlossen, die Zweitmeinungsrichtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

7. Literaturverzeichnis

1. **Achenbach S, Smetak N, Assmann A, Dörge H, Thiele H, Gummert J, et al.** Stellenwert der Computertomographie-basierten Angiographie der Koronararterien (koronare CT-Angiographie) für die Kardiologie und Herzchirurgie 2026. Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie 2026;40(2):159-168. <https://dx.doi.org/10.1007/s00398-026-00761-1>.
2. **Bundesärztekammer (BÄK).** (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 [online]. Fassung vom 03.07.2025. Berlin (GER): BÄK; 2018. [Zugriff: 12.01.2026]. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_MWBO-2018.pdf.
3. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: Chronische KHK; Langfassung, Version 7 [online]. AWMF- Registernummer: nvl-004. Berlin (GER): AWMF; 2024. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004l_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf.
4. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Bewertung der Methode: Computertomographie-Koronarangiographie zur Diagnosestellung bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (§ 135 SGB V) [online]. Berlin (GER): G-BA; 2022. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/258/#einleitung-des-beratungsverfahrens>.
5. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Versorgungsforschung: ENLIGHT-KHK – Erfassung und Optimierung der Leitlinienadhärenz im Indikationsstellungsprozess zur Koronarangiographie bei stabiler Koronarer Herzerkrankung [online]. Berlin (GER): G-BA; 2018. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/enlight-khk.128>.
6. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Versorgungsforschung: KARDIO-Studie – Linksherzkatheter bei Brustschmerzen und KHK: Analyse regionaler Variationen und Behandlungspfade zur Verbesserung der Indikationsqualität [online]. Berlin (GER): G-BA; 2017. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/kardio-studie.47>.

7. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Auswahl von Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V; Rapid Report, Auftrag V20-01 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2021. [Zugriff: 09.01.2025]. (IQWiG-Berichte; 1068). URL: https://www.iqwig.de/download/v20-01_zweitmeinung_rapid-report_v1-0.pdf.
8. **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).** Bundesqualitätsbericht [online]. Berlin (GER): IQTIG; 2026. [Zugriff: 08.01.2026]. URL: <https://igtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>.
9. **Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, et al.** 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2024;45(36):3415-3537. <https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>.

8. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Zm-RL sowie versandte Tragende Gründe
- Anlage 4: Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 20. August 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarintervention

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Die nachstehende Bürokratiekostenermittlung bezieht sich ausschließlich auf solche Vorgaben, welche über die vom Gesetzgeber getroffenen Regelungen in § 27b SGB V hinausgehen bzw. diese durch Beschluss des G-BA konkretisieren.

Mit der Aufnahme der Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarintervention im Besonderen Teil der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren wird das Einholen einer Genehmigung zum Tätigwerden als Zweitmeinungsgeber für Ärztinnen und Ärzte, die bisher nicht am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen, notwendig. Gemäß § 2 Eingriffsspezifische Anforderungen an den Zweitmeiner sind zur Erbringung der Zweitmeinung Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie oder für Herzchirurgie berechtigt.

Die Anforderungen an die Zweitmeiner, welche im Rahmen eines Nachweisverfahrens gemäß § 7 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren nachgewiesen werden müssen, beziehen sich insbesondere auf die besondere Qualifikation und die Unabhängigkeit der Zweitmeinungsgeber. Für den Nachweis der Unabhängigkeit sind Leistungserbringer zudem verpflichtet, verbindlich zu erklären, ob finanzielle Beziehungen in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen oder nicht vorliegen.

Es wird davon ausgegangen, dass der Nachweis der genannten Anforderungen einmalig zu erfolgen hat und hierfür durchschnittlich ein zeitlicher Aufwand von 120 Minuten erforderlich ist. Dieser zeitliche Aufwand setzt sich aus den folgenden Standardaktivitäten zusammen:

Standardaktivität	Zeit in Minuten	Qualifikationsniveau¹	Bürokratiekosten je Fall in Euro
Einarbeitung in die Informationspflicht	15	hoch (62,0 €/h)	15,5
Beschaffung der Daten	30	hoch (62,0 €/h)	31,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	30	hoch (62,0 €/h)	31,0
Datenübermittlung	10	hoch (62,0 €/h)	10,33
Interne Sitzungen	20	hoch (62,0 €/h)	20,67
Kopieren, Archivieren, Verteilen	15	mittel (34,2 Euro/h)	8,55
Gesamt	120		117,05

In Bezug auf die Aufnahme der Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarintervention sind unter Berücksichtigung, dass Zweitmeiner seit wenigstens fünf Jahren nach Erlangung des Facharztstatus in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie

¹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung. Wiesbaden. 2025, S. 63f.

genannten Gebiet tätig sein müssen, potentiell rund 10.775 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt (5.488 Ärztinnen/Ärzte für Innere Medizin und Kardiologie, 822 Ärztinnen/Ärzte für Innere Medizin und SP Kardiologie, 3.191 Ärztinnen/Ärzte mit SP Kardiologie, 58 Ärztinnen/Ärzte mit TG Kardiologie, 1.216 Ärztinnen/Ärzte für Herzchirurgie²).

Laut Bericht der KBV gemäß § 10 Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL)³ vom 27.09.2024, welcher das Genehmigungsgeschehen der Zweitmeinung im Berichtsjahr 2023 abbildet, ist davon auszugehen, dass sich maximal ein Anteil von 5 Prozent als Zweitmeiner qualifizieren wird. Hieraus resultiert, bezogen auf Aufnahme der Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarintervention, eine einmalige Fallzahl von 539 Genehmigungsverfahren. Die mit dem Genehmigungsverfahren einhergehenden einmaligen Bürokratiekosten belaufen sich somit auf geschätzt 63.090 Euro (539 x 117,05 Euro).

Die Entwicklung zeigt ferner, dass jährlich etwa 20 Prozent der Zweitmeiner, also 108 Ärztinnen und Ärzte, neu einen Antrag auf Genehmigung stellen. Damit ergeben sich zudem jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 12.641 Euro (108 x 117,05).

² Bundesärztestatistik 2024 (Tabelle 3, Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten, Stand: 31.12.2024)

³ Bericht der KBV gemäß § 10 Absatz 1 Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL), Genehmigungen der Zweitmeiner zum 31.12.2023, Stand: 27.09.2024

Verteiler für das Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Zm-RL

(Stand 25.02.2026)

Stellungnahmeberechtigt nach 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a VerfO:
Deutsche Gesellschaft für Thorax- Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Gesellschaft für interventionelle Radiologie und minimal-intensive Therapie (DeGIR)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)

Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL):
Aufnahme von Eingriffen zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung

DKG	GKV-SV/KBV/PatV
im Rahmen einer invasiven Therapie	gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention

in den Besonderen Teil der Richtlinie

Stand: 26.02.2026, nach UA-Sitzung am 25.02.2026

Legende:

- Redaktionell anzupassende Passagen sind **grau** gekennzeichnet.
- Dissente Positionen sind **gelb** gekennzeichnet

Vom **TT. Monat 2026**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **TT. Monat 2026** beschlossen, die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) in der Fassung vom 21. September 2017 (BANz AT 07.12.2018 B4), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 21. August 2025 (BANz AT 12.11.2025 B3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Im Besonderen Teil wird nach Eingriff 13 der folgende Eingriff 14 eingefügt:

„Eingriff 14:

Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
gegebenenfalls mit perkutaner transluminaler Koronargefäßintervention	im Rahmen einer invasiven Therapie

§ 1 Definition des geplanten Eingriffs

(1) Der Eingriff umfasst die planbare transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung mit oder ohne Messung der myokardialen Flussreserve sowie gegebenenfalls mit therapeutischer perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention.

(2) Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens ist die Indikationsstellung zu einem in Absatz 1 genannten Eingriff.

§ 2 Eingriffsspezifische Anforderungen an den Zweitmeiner

(1) ¹Zur Erbringung der Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen berechtigt:

1. Innere Medizin und Kardiologie oder
2. Herzchirurgie.

(2) Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin

GKV-SV/DKG	PatV/KBV
und Allgemeinmedizin	[Keine Übernahme]

können gemäß § 8 Absatz 3 im Allgemeinen Teil dieser Richtlinie in den Prozess der Zweitmeinungserbringung mit einbezogen werden.

(3)

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
¹ Die Zweitmeinung soll von einer Fachärztin oder einem Facharzt nach Absatz 1 Nummer 1 erbracht werden, wenn die Indikationsstellung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt nach Absatz 1 Nummer 1 erfolgt ist. ² Die Zweitmeinung soll von einer Fachärztin oder einem Facharzt nach Absatz 1 Nummer 2 erbracht werden, wenn die Indikationsstellung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt nach Absatz 1 Nummer 2 erfolgt ist. ³ Abweichend von den Sätzen 1 und 2 sollen Fachärztinnen oder Fachärzte nach Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 die Zweitmeinung interdisziplinär erbringen, wenn aus der Indikationsstellung zum Eingriff ersichtlich ist, dass beide invasiven Therapieverfahren (Perkutan-transluminale Koronargefäßintervention - PCI oder aortokoronare Bypass-Operation - ACB) eine [KBV: gleichwertige] Option darstellen.	¹ Sofern eine invasive Therapie erwogen wird und die Zweitmeinung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie erbracht wird, so ist zur Gewährleistung der Interdisziplinarität (Herzteam) im Rahmen der leitliniengerechten Indikationsstellung die Einschätzung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Herzchirurgie einzubeziehen. ² Wird die Zweitmeinung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie erbracht, ist entsprechend die Einschätzung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie einzubeziehen.

§ 3 Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung

¹Im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens soll auch geprüft werden, ob die benötigte diagnostische Information bereits im Rahmen durchgeführter nicht-invasiver Untersuchungen erbracht wurde oder durch solche erbracht werden kann. ²In der

Beratung sind der Patientin oder dem Patienten die nicht invasiven diagnostischen und therapeutischen Optionen sowie die invasiven diagnostischen und therapeutischen Verfahren nebst möglichen Entscheidungssituationen im Versorgungsablauf verständlich zu erläutern.

- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des zweiten auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft.

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

Berlin, den TT. Monat 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende
Prof. Hecken

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen
Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie
zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL):
Aufnahme von Eingriffen zur transarteriellen Linksherz-
Katheteruntersuchung

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
im Rahmen einer invasiven Therapie	gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention

in den Besonderen Teil der Richtlinie

Stand: 25.03.2026 aktualisiert

Legende:

- Gegenüber der Ihnen zunächst am 25. März 2026 zur Verfügung gestellten Version aktualisierte Passagen sind **grün** gekennzeichnet.
- Redaktionell anzupassende Passagen sind **grau** gekennzeichnet.
- Dissente Positionen sind **gelb** gekennzeichnet.

Vom 16. Juli 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Zu den Änderungen im Einzelnen.....	9
4.	Bürokratiekostenermittlung	21
5.	Verfahrensablauf.....	21
6.	Fazit	21
7.	Literaturverzeichnis	21
8.	Zusammenfassende Dokumentation.....	22

1. Rechtsgrundlage

Mit dem zum 23. Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) haben Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, mit § 27b Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) einen Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung erhalten. Gemäß § 27b Absatz 2 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe, in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung nach § 27b SGB V besteht. Es obliegt ihm ferner, indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung sowie an die Erbringer einer Zweitmeinung festzulegen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

DKG

Der Einsatz von Herzkatheteruntersuchungen (HKU) zur Diagnostik bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris oder Dyspnoe war lange Jahre der Goldstandard. Gemäß der S3-Leitlinie „Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK Version 7.0“ (NVL Chronische KHK)¹ aus dem Jahr 2024 sind HKU zur Diagnostik jedoch nicht mehr indiziert; HKU sind lediglich im Kontext der Planung einer invasiven Therapie (PCI oder CABG) indiziert. Auf Seite 40 der NVL heißt es: „Die Leitliniengruppe sieht den Stellenwert der invasiven Koronarangiographie insbesondere im Kontext der Planung invasiver Therapien (siehe Kapitel 8 Invasive Therapie (PCI bzw. CABG)). Daher ist die invasive Koronarangiographie nicht Bestandteil des Diagnostikalgorithmus Abbildung 4) bei Verdacht auf eine chronische, stenosierende KHK beziehungsweise erneut auftretende Beschwerden bei einer bestehenden stenosierenden KHK.“ Gleichzeitig deuten die kürzlich abgeschlossenen Innovationsfonds-Projekte „ENLIGHT KHK“² und „KARDIO Studie“³ darauf hin, dass sich die Leitlinienempfehlungen in der Versorgungspraxis noch nicht durchgesetzt haben. Auch liegt die Vermutung nahe, dass die vom IQWiG in einem Rapid Report⁴ aus dem Jahr 2020 beschriebene Mengendynamik und regionalen Praxisvariationen auf den Einsatz von HKU zu diagnostischen Zwecken zurückgehen.

1 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-004>

2 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/enlight-khk.128>

3 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/kardio-studie.47>

4 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Auswahl von Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V; Rapid Report, Auftrag V20-01 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2021. [Zugriff: 08.04.2022]. (IQWiG-Berichte; Band 1068). URL: https://www.iqwig.de/download/v20-01_zweitmeinung_rapid-report_v1-0.pdf

Aufgrund der möglichen Mengenanfälligkeit plant der Gemeinsame Bundesausschuss, HKU in die Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) aufzunehmen. Durch das Einholen einer Zweitmeinung sollen Patientinnen und Patienten bei der informierten Entscheidungsfindung unterstützt und medizinisch nicht notwendige Eingriffe vermieden werden.

Während der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss ist deutlich geworden, dass es zwei Optionen zur Ausgestaltung der Zm-RL zu HKU gibt. Die beiden Optionen ergeben sich, weil HKU in zwei unterschiedlichen Situationen eingesetzt werden können, in denen unterschiedliche Zweitmeinungen angemessen erscheinen.

Option 1: Zweitmeinung zu HKU zwecks Diagnostik

Mit der Aufnahme von HKU in die Zm-RL könnte das Ziel verfolgt werden, Patientinnen und Patienten, denen eine HKU zur Diagnostik bei Angina pectoris oder Dyspnoe empfohlen wurde, eine Zweitmeinung anzubieten. Bei dieser Option erscheint es zielführend, dass die Zweitmeinung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Inneren Medizin und Kardiologie, für Radiologie oder für Nuklearmedizin erbracht wird. Letztere beide könnten insbesondere beurteilen, inwiefern die Patientin bzw. der Patient für die nicht-invasiven diagnostischen Verfahren CT-Koronarangiographie, Myokard-Perfusions-SPECT, Myokard-Perfusions-PET oder Stress-Perfusions-MRT geeignet ist und ob die Möglichkeiten dieser Verfahren ausgeschöpft wurden.

Option 2: Zweitmeinung zu HKU zwecks Therapieplanung

Mit der Aufnahme von HKU in die Zm-RL könnte alternativ das Ziel verfolgt werden, Patientinnen und Patienten, denen eine HKU im Rahmen der Planung einer invasiven Therapie (PCI oder CABG) empfohlen wurde, eine Zweitmeinung anzubieten. Hierbei würde es sich um (a) bestimmte asymptomatische Patientinnen und Patienten mit chronischem Koronarsyndrom mit dem Therapieziel „Verbesserung der Prognose“ handeln oder um (b) Patientinnen und Patienten mit chronischem Koronarsyndrom und anhaltender Symptomatik mit dem Therapieziel „Verbesserung der Symptomatik“ (und ggf. auch der Verbesserung der Prognose). Bei dieser Option erscheint es zielführend, dass die Zweitmeinung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Inneren Medizin und Kardiologie oder durch Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie erbracht wird. Damit wären die Disziplinen abgedeckt, die die beiden in Frage kommenden invasiven Therapien (PCI oder CABG) durchführen.

Für Option 1 (Zweitmeinung zu HKU zwecks Diagnostik) spricht, dass mit dieser Option vermutlich die vorrangig für die vom IQWiG beschriebene Mengendynamik verantwortliche Situation adressiert würde. Gegen Option 1 spricht jedoch, dass HKU zwecks Diagnostik nicht mehr leitliniengerecht sind. Es wäre unverantwortlich, wenn der G-BA eine Richtlinie erließe, die Patientinnen und Patienten eine Zweitmeinung zu einem Eingriff anbietet, der grundsätzlich nicht indiziert ist. Das Gegenargument würde weniger ins Gewicht fallen, wenn es eine hinreichend große Anzahl an Patientinnen und Patienten gibt, für die das

gemäß NVL Chronische KHK empfohlene diagnostische Vorgehen nicht zutrifft und bei denen doch eine HKU zwecks Diagnostik indiziert ist. Allerdings enthält die NVL keine Hinweise auf solche Ausnahmen.

Für Option 2 spricht, dass der Einsatz von HKU zur Planung einer invasiven Therapie gemäß NVL empfohlen ist, wobei eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient stattfinden soll, ob und ggf. welche invasive Therapie in Frage kommt. Das Einholen einer Zweitmeinung kann diese Entscheidungsfindung unterstützen. Weiterhin sind gemäß dem Rapid Report des IQWiG auch für PCI eine Mengendynamik und regionale Praxisvariationen zu beobachten. Hier könnte mit einer Zweitmeinung zur HKU, die typischerweise einer PCI vorangeht, gegengesteuert werden. Gegen Option 2 spricht, dass die NVL Chronische KHK empfiehlt, die Wahl der invasiven Therapie – zumindest bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Koronarbefunden – in einem „Herzteam“ aus Kardiologen, Herzchirurgen und ggf. anderen Disziplinen zu treffen. Ein solches interdisziplinäres Vorgehen ist in einem Zweitmeinungsverfahren sehr aufwändig, denn konsequenterweise müsste sowohl die „Erstmeinung“ als auch die Zweitmeinung durch ein Herzteam erfolgen. Weiterhin ist das Herzteam an sich bereits zur „Vermeidung von Selbstzuweisung (self-referral-bias) sowie nicht angemessener Ad-hoc-Eingriffe“ (NVL Seite 118) intendiert. Insofern könnte auch argumentiert werden, dass die Zm-RL das falsche Instrument ist, um die Indikationsstellung bei HKU zwecks Therapieplanung zu verbessern. Eine dritte Option wäre somit, HKU nicht in die Zm-RL aufzunehmen.

Nach Abwägung der Argumente für und gegen die Optionen spricht sich die DKG vorerst für Option 2 (Zweitmeinung zu HKU zwecks Therapieplanung) aus.

Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sollen in den Zweitmeinungsprozess einbezogen werden können, da die Langzeitbetreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK durch den Hausarzt erfolgt (NVL Empfehlung 10-1, Seite 131).]

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[<i>Streichen</i>]	Mit dem Änderungsbeschluss werden Eingriffe zur „transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention“ in den Besonderen Teil der Richtlinie aufgenommen, für die künftig ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht. Auf der Grundlage des § 27b SGB V sind für das Zweitmeinungsverfahren planbare Eingriffe zu bestimmen, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung ihrer Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Bei den inkludierten Eingriffen der „transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention“ i.S. dieser Richtlinie handelt es sich um planbare Eingriffe zur Diagnostik oder

Therapie für Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit. **[KBV/PatV:** Akute oder notfallmäßige Eingriffe sind davon nicht betroffen**]/[GKV-SV:** Nicht umfasst sind Notfalleingriffe und dringliche Eingriffe**]**. Bei der Auswahl der Eingriffe sollen unter anderem der Nutzen für Patientinnen und Patienten durch eine Unterstützung der informierten Entscheidungsfindung und andere Ziele gemäß § 2 Zm-RL, wie die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Eingriffe, berücksichtigt werden. Bei der Auswahl der Eingriffe wurden als weitere Gesichtspunkte insbesondere Informationen zum Leistungsgeschehen, zu konservativen und invasiven Therapiealternativen, zur Evidenzbasierung und zu anderen Verfahren und Instrumenten der Qualitätssicherung berücksichtigt.

Die Ergebnisse in Bezug auf die zahlenmäßige Entwicklung der Durchführung der Eingriffe, der Planbarkeit und zum Leistungsgeschehen, zu konservativen und invasiven Therapiealternativen sowie zur Evidenzbasierung beruhen auf dem durch den G-BA hierzu beauftragten und erarbeiteten IQWiG-Bericht zur Auswahl von Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren [1]. Der G-BA sieht diese Themenauswahl auch deshalb als angemessen an, weil die Mengenanfälligkeit in verschiedenen Studien bereits deutlich geworden ist (s. u. Abschnitt 3).

Das IQWiG hatte sowohl die Myokardperfusionsbildgebung, die invasive Koronarangiographie als auch zwei unterschiedliche Formen der myokardialen Revaskularisierungsverfahren (perkutane Koronarinterventionen und koronare Bypass-Operationen) jeweils gesondert analysiert. Aus der analytischen Sicht des IQWiG-Berichtes ist eine gesonderte Betrachtung der verschiedenen vier Verfahren nachvollziehbar. Eine Festlegung von vier getrennten Eingriffsthemen als Zweitmeinungsthemen ist aber für die Umsetzung in der Zweitmeinungsberatung nicht hilfreich, da die verschiedenen vom IQWiG analysierten Verfahren in der medizinischen Realität ein- oder mehrzeitig erfolgen und jeweils Alternativen im medizinischen Vorgehen zur Lösung von Problemen der Patientin oder des Patienten darstellen können. Die zuvor genannten Eingriffe bilden einen medizinisch unmittelbar zusammenhängenden Themenkomplex von Diagnostik und Therapie, so dass sie gemeinsam in eine Beratung über Eingriffe gemäß dieses Beschlusses gehören. Um zu verhindern, dass zusammenhängende Eingriffe, die somit zu einem logischen Beratungskomplex gehören, in getrennten Beschlüssen geregelt werden und in der praktischen Situation für die Erst- und Zweitmeiner zu komplizierten Beratungsszenarien führen, hat sich der G-BA dafür entschieden, dass für die Zweitmeinungs-Richtlinie die transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminale Koronargefäßintervention als auslösende Indikationsstellung

	definiert wird. Praktisch bedeutet dies, dass mit der Empfehlung einer Koronarangiographie mittels Herzkatheter der Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung entsteht und in der dann stattfindenden Zweitmeinungsberatung differenziert über die Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs und Alternativen inklusive der Vor- und Nachteile informiert wird. Die Beratung beinhaltet neben der nicht-invasiven Diagnostik somit auch die Behandlungsoptionen [GKV-SV: konservativer Ansätze, wie Lifestyleänderung und/oder][KBV, PatV: konservativ] medikamentöser Therapie, den sofortigen Übergang in einen therapeutischen Eingriff („einzeitig“) und einen therapeutischen Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt. Der G-BA geht zudem davon aus, dass aus der Versorgungssicht vor allem zwei Fragestellungen relevant sind: 1. ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, 2. ob eine Perkutane Koronarintervention notwendig ist, jeweils auch in Abwägung der diagnostischen oder therapeutischen Alternativen.
--	---

DKG	GKV-SV/KBV	PatV
[Streichen]	Für Empfehlungen zur Durchführung nicht-invasiver Diagnostik [GKV-SV: im Sinne des hier üblichen medizinischen Sprachgebrauches zur Abgrenzung von der invasiven Herzkatheter-Untersuchung] (u. a. Myokardperfusions-bildgebung und CT-Koronarangiographie) und zur Durchführung aorto-koronarer Bypass-Operationen wird kein Zweitmeinungsverfahren vorgesehen, da hier keine Mengenanfälligkeit i. S. der gesetzlichen Grundlage gesehen wird. Für funktionelle nicht-invasive Diagnostik ist eher von einer zu geringen Nutzung (s. u. zur „Mengenanfälligkeit“) auszugehen, sodass keine Mengenanfälligkeit i. S. der gesetzlichen Grundlage vorliegt. Die Leistungserbringung zur CT-Koronarangiographie, als nicht-invasiver	Fragestellungen zur Auswahl nicht-invasiver Diagnostik (z. B. Myokardperfusionsbildgebung und CT-Angiographie) werden nicht als gesonderte Eingriffe deren Empfehlung den Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung nach vorliegender Richtlinie zur Folge hätte betrachtet, da weder bei der Myokardperfusionsbildgebung noch bei der CT-Angiographie eine Mengenanfälligkeit vorliegt.

	Diagnostik, beginnt erst, nach Aufnahme der Leistung durch den G-BA im Jahr [KBV: 2024 [2], sodass hier keine Mengenanfälligkeit gegeben sein kann.]/[GKV-SV: 2024 [2]. Daten, die insbesondere der G-BA zum Monitoring der Zahl der erbrachten CT-Koronarangiographie, in Relation zur Zahl der erbrachten invasiven Koronarangiographie durch Herzkatheter und der erhofften Substitution der hohen Herzkatheterzahlen (s. u. unter „Mengenanfälligkeit“), zu erheben und zu bewerten beabsichtigt liegen noch nicht vor.] Die Anzahl der durchgeführten aorto-koronaren Bypass-Operationen ist in den vergangenen Jahren zurückgegangen ([1], Tab. 15, S. 165 ff.), sodass auch in Bezug auf diese eine Mengenanfälligkeit i. S. der gesetzlichen Grundlage des Zweitmeinungsverfahrens nicht gesehen wird.	
--	---	--

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichen]	Die Komplexität der genannten, verbundenen Fragestellungen liegt vor allem darin begründet, dass für die erste Fragestellung insbesondere geprüft werden muss, ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden und im Ergebnis die Empfehlung der Durchführung einer invasiven Angiographie nachvollziehbar ist.

GKV-SV
Eine Einschränkung der Zweitmeinung nur auf Eingriffe, bei denen eine perkutane Koronarintervention bereits geplant ist, auch wenn maßgeblichen Leitlinien wie die NVL-KHK wesentlich nur einen solchen Einsatz empfehlen, nicht-invasive funktionelle Verfahren und mittlerweile auch die CT-Angiographie zur Verfügung stehen, erfolgt nicht. Schon in der, auch jüngeren, Vergangenheit häufig beobachtete fragliche Zahlen zu isolierten Herzkatheteruntersuchungen (s. u. unter „Mengenanfälligkeit“) sprechen dafür, dass die Leitlinienempfehlungen hier nicht genügend beachtet werden. Auch die in Bezug auf die CT-Koronarangiographie bei deren Einschluss getroffenen Bestimmungen die eine bevorzugte Nutzung bei geringerer Vortestwahrscheinlichkeit empfehlen und ansonsten auch eine

funktionelle Diagnostik vorgesehen, bieten keine hinreichende Gewähr für eine durch deren Einführung eintretende Verbesserung, was schon das in diesem Rahmen in der Richtlinie zur Aufnahme der CT-Koronarangiographie verankerte Monitoring-Verfahren in Bezug auf die Leistungsentwicklung einschlägiger diagnostischer Eingriffe bzw. Verfahren verdeutlicht (s. o.). Es ist ebenfalls zusätzlich anzumerken, dass der Status-Quo der Leitlinienempfehlungen durch diesen Beschluss nicht vollkommen verändert wird, sondern insbesondere die Nutzung der bereits vorher verfügbaren, funktionellen diagnostischen Verfahren weiterhin, wie in den Leitlinien empfohlen, möglich bleibt und somit auch die vorliegenden Ergebnisse zur fraglichen Durchführung invasiver Herzkatheteruntersuchungen ihre Gültigkeit behalten. Es ist also keineswegs ausgemacht, dass in Zukunft auf die Durchführung nicht schon erkennbar der Therapieplanung bzw. der Durchführung ggf. einer perkutanen Koronarintervention nachvollziehbar dienende invasive Herzkatheteruntersuchungen verzichtet wird. Die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung ist hier unbedingt einzuräumen, gerade dann, wenn, wie hier, deutliche Hinweise vorliegen, dass Empfehlungen maßgeblicher Leitlinien in nicht nur marginalem Umfang nicht gefolgt wird und die Steuerungswirkung geltender Richtlinien diesbezüglich offen bleibt und damit unnötige Risiken, Belastungen und Aufwände weiterhin entstehen, die durch eine Zweitmeinung mindestens teilweise vermieden werden könnten.

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichen]	In Bezug auf die zweite Fragestellung, die der Therapieentscheidung bzw. der Therapieplanung [GKV-SV], liegen ebenso Erkenntnisse zur Mengenanfälligkeit in Bezug auf die perkutane Koronarintervention vor (s. u. „Mengenanfälligkeit“), auch unabhängig von der ersten Fragestellung zur fraglichen Nutzung als isolierte, diagnostische Koronarangiographie. Hier] sind weitere Aspekte von Bedeutung, die sowohl von Vorentscheidungen von Patientinnen und Patienten abhängig sein können (NVL KHK [3], S. 48 ff.) als auch von Befunden, die zum Teil erst nach bzw. während der Durchführung der Koronarangiographie mittels Herzkatheter gewonnen werden (Ausmaß und Lokalisation der Stenosen). Diese Möglichkeit der Durchführung einer perkutanen Koronarintervention unmittelbar im Anschluss einer Koronarangiographie („ad hoc“ bzw. „einzeitig“) mit Auswirkungen auf die o. g. zweite Fragestellung führt dazu, dass die Patientin oder der Patient bereits bei der Entscheidung zur invasiven Koronarangiographie über die möglichen Handlungsoptionen informiert werden muss. Da die Eingriffsempfehlung in unterschiedlichen Fallkonstellationen bzw. zu unterschiedlichen Fragestellungen erfolgen kann, wird eine entsprechend differenzierte Zweitmeinungserbringung ermöglicht, insbesondere auch im Hinblick auf die Beiträge als Zweitmeiner oder als Hinzuzuziehende unterschiedlicher ärztlicher Fachgruppen.

DKG, GKV-SV	PatV, KBV
[Streichen]	Das Zweitmeinungsverfahren hat primär zum Ziel, Patientinnen und Patienten auf Grundlage evidenzbasierter Informationen eine informierte Entscheidung für oder gegen eine diagnostische transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung zu ermöglichen. Dazu ist es nötig, anamnestisch erhobene Symptome und bereits vorhandene diagnostische Befunde der Patientin oder des Patienten in der Beratung zu berücksichtigen. Wenn auf dieser Grundlage fachlich geklärt wurde, dass eine Koronarangiographie als diagnostische Maßnahme zu empfehlen ist, erweitert sich die Beratung auf mögliche therapeutische Optionen, die sich als Ergebnis der diagnostischen transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung ergeben können.

DKG	GKV-SV, PatV, KBV
[Streichen]	Die Beratung soll sicherstellen, dass die Patientin oder der Patient die Konsequenzen der Entscheidung versteht und nach den eigenen Präferenzen bewerten kann.

3. Zu den Änderungen im Einzelnen

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichen]	Zu § 1 der Eingriffe zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention im Besonderen Teil der Zm-RL Zu Absatz 1 Eine chronische koronare Herzkrankheit (chronische KHK, synonym: chronisches Koronarsyndrom) ist die Manifestation einer multifaktoriell bedingten Veränderung der Herzkranzgefäße, die man als Atherosklerose bezeichnet. Die häufigste Form der Atherosklerose besteht in der Bildung lipidhaltiger Plaques („fetthaltige Auflagerungen“), die zu Verengungen (Stenosen) des durchströmten Querschnittes (Lumen) der Herzkranzgefäße führen, so dass ab bestimmten Graden der Lumeneinengung der Blutdurchfluss in den betroffenen Herzkranzgefäßen so reduziert sein kann, dass es zu einer Minderdurchblutung und somit zu einer mangelnden Sauerstoff-Versorgung des Herzmuskelgewebes kommt (Ischämie). In der Folge wird der Sauerstoff-Bedarf der Herzmuskelzellen nicht mehr gedeckt, wodurch das betroffene Herzmuskelareal geschädigt, die Herzleistung

	beeinträchtigt und in der Folge lebensbedrohliche Zustände für die betroffenen Patientinnen und Patienten entstehen können. Die chronische KHK ist vom akuten Koronarsyndrom abzugrenzen. Diagnostik, Behandlung und Eingriffe in Bezug auf das akute Koronarsyndrom sind nicht Gegenstand der Zweitmeinung nach der vorliegenden Richtlinie. Die KHK entwickelt sich in der Regel über längere Zeit. Erkrankungen wie erhöhter Blutdruck (Arterielle Hypertonie) oder eine Erhöhung bestimmter Blutfette (Hyperlipidämie) sind eigenständige Diagnosen, aber auch Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK. Die Diagnostik der Risikofaktoren für eine KHK erfolgt in der Regel in der hausärztlichen ambulanten Versorgung. Für die Diagnostik der KHK wird ein abgestuftes Verfahren empfohlen, in dem erst bei höheren Wahrscheinlichkeiten des Vorliegens (Vortestwahrscheinlichkeit) von hämodynamisch-relevanten Lumeneinengungen z. B. durch Verkalkungen der Herzkranzgefäße zur weiteren apparativen und gegebenenfalls in der Folge auch invasiven Diagnostik geraten wird ([3], S. 19 ff. [PatV: ; [11], S. 183 Tab 1]). Bei Verdacht auf oder bereits bekannter KHK, werden in der Regel weiterführende Untersuchungen durchgeführt. Mit Verfahren zur Darstellung der Morphologie sowie Messung der Durchblutung der Koronargefäße soll im Hinblick auf die funktionellen Folgen einer Minderdurchblutung mit gegebenenfalls reduzierter Sauerstoffversorgung des Herzens dabei in vielen Fällen zunächst geklärt werden, in welchem Ausmaß Verengungen der Koronargefäße vorliegen, und ob diese funktionell relevant sind. Die Messung der Durchblutung der Koronargefäße leisten dabei nicht alle zur Verfügung stehenden Verfahren [PatV: [11]]. Nur sogenannte funktionelle Untersuchungen ermöglichen Aussagen darüber, in welchem Ausmaß koronare Lumeneinengungen zu einer tatsächlichen Durchblutungsstörung des Herzmuskelgewebes führen. ([3], S. 28 ff.). Durch die Einschätzung von Risikofaktoren und die Interpretation der erhobenen Befunde morphologischer oder funktioneller Untersuchungen können Risikoschwellen für die Initiierung weiterer invasiver Eingriffe patientenindividuell bestimmt werden.
--	---

KBV/DKG	GKV-SV
[Streichung]	Falls die Vortestwahrscheinlichkeit für eine KHK einer Patientin oder eines Patienten bei bis zu 50% liegt, soll zunächst eine Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) durchgeführt werden [2].

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichen]	Im Rahmen der diagnostischen Koronarangiographie kann zusätzlich die tatsächliche Durchblutung der Koronargefäße am schlagenden Herz gemessen werden, z.B. als Messung der Fraktionellen Flussreserve (FFR-Messung), die es ermöglicht herauszufinden, ob eine Koronarstenose eine medizinisch relevante Minderdurchblutung verursacht, oder ob sie die Durchblutung der Herzkranzgefäße (noch) nicht relevant beeinträchtigt [5]. Eine Besonderheit der koronarangiographischen Eingriffe liegt darin, dass bei Durchführung einer zunächst diagnostischen Koronarangiographie die Möglichkeit besteht, in der gleichen Behandlungssitzung „einzeitig“ und gestützt auf den Angiographie- und (gegebenenfalls) FFR-Befund eine Behandlung der Stenose(n) durch eine perkutane Koronarintervention durchzuführen, z.B. als Ballonangioplastie mit Aufweitung betroffener Gefäße bzw. Gefäßabschnitte und /oder durch das Einsetzen von gefäßerweiternden feinen röhrenförmigen Drahtgeflechten, den sogenannten „Stents“, in die betroffenen Herzkranzgefäße. Grundsätzlich stehen zur Behandlung neben einer konservativen, nicht-medikamentösen Therapie (Ernährung/Gewicht, Alkohol- und Tabakkonsum, psychosoziale Faktoren, ([3] S. 57 ff.) und medikamentösen Therapien (Blutdruck, Lipide u. a. [3], S. 69 ff.) verschiedene

DKG	KBV	PatV/GKV-SV
[Streichen]	revaskularisierende Eingriffsarten	Myokard-Revaskularisationsverfahren

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichen]	(perkutane Koronar-Interventionen, koronare Bypass-Operationen) zur Verfügung, die insbesondere durch Beseitigung / Überbrückung der Stenose(n) die Ischämie, ihre Symptomatik und Folgeerscheinungen beseitigen oder lindern sollen. Generell unterliegen die Auswahl und Nutzung unterschiedlicher Diagnose- und Therapieverfahren, insbesondere auch der

DKG	KBV	PatV/GKV-SV
[Streichen]	revaskularisierenden Behandlungsverfahren,	myokardialen Revaskularisationsverfahren,

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichen]	einer Entscheidungsfindung, die partizipativ erfolgen soll ([3], S. 48 ff.).

DKG	GKV-SV
[Streichung]	In der Regel wird eine invasive Koronarangiographie zu nur diagnostischen Zwecken nicht empfohlen ([3] S. 40 ff.)

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichen]	Insbesondere ab einer hohen (> 85%) Vortestwahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer stenosierenden KHK kann eine Koronarangiographie im Rahmen der Therapieplanung erwogen werden ([3], S. 20, S. 40 ff.) Ein koronarangiographisches Vorgehen kann aber auch in anderen Fallkonstellationen und auch bei niedrigeren Vortestwahrscheinlichkeiten als 85% gegebenenfalls sinnvoll sein, abhängig von der konkreten patientenindividuellen Situation und der Risikostratifizierung. Unabhängig von den Pflichten des Erstmeiners wie den Pflichten der Person die einen Eingriff durchführt, ist es Aufgabe des Zweitmeiners, entsprechende Entscheidungssituationen mit der Patientin oder dem Patienten zu besprechen. Hierbei

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichung]	sind u. a. die Anzahl der betroffenen Koronararterien, die Lage der Stenosen und deren Stenosegrad, die Risiken der jeweiligen Verfahren, gegebenenfalls vorliegende Begleiterkrankungen und die Therapiewünsche der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Neben der Situation in der Erstdiagnostik einer KHK kann sich die Frage weiterer bzw. erneuter Diagnostik und gegebenenfalls Therapie, bei Veränderungen der Symptomatik bzw. der Erkrankungssituation stellen ([3], S. 46 f.) und es können weitere Fallkonstellationen (z. B. eine erneute Stenosierungen auch in eingesetzten Stents) zu berücksichtigen sein. Diese werden hier nicht im Einzelnen dargestellt, können jedoch ebenfalls Gegenstand einer Zweitmeinung sein. Umfasst sind Eingriffe bzw. Therapieverfahren, die bei Durchführung mit Hilfe der für das Jahr 2026 gültigen Operationen- und Prozedurenklassifikation (OPS) des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit einem der Codes wie folgt kodiert werden würden:

- 1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung;
- 8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen;
- 8-83d Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen

[GKV-SV: Bei Durchführung der Herzkatheter-Untersuchung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung wird die Gebührenordnungsziffer 34291 Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie verwendet, ggf. mit der Gebührenordnungsziffer 34286 Zuschlag Intervention, um eine perkutante Koronarintervention zu kodieren.]

Planbarkeit

Gemäß § 27b SGB V muss es sich bei den Eingriffen, bei denen ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung besteht, um planbare Eingriffe handeln. Die umfassten Eingriffe sind bei chronischer KHK grundsätzlich als planbar anzusehen.

Wenn ein akutes Koronarsyndrom vorliegt werden koronarangiographische Eingriffe als Notfall-Eingriff vorgenommen. Die Situation als Notfalleingriff ist von der vorliegenden Richtlinie nicht umfasst, was mit der Formulierung „Planbar“ in § 1 Absatz 1 klargestellt wird.

Mengenanfälligkeit

Nach gesetzlicher Grundlage sind Eingriffe auszuwählen, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung der Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Die hier umfassten Eingriffe erfüllen dieses Kriterium der Mengenanfälligkeit ausweislich der im IQWiG-Bericht [1] ausgewerteten Literatur und der durchgeführten Analysen zur Versorgung in Deutschland (s. Abschnitt 5.6.5, S. 66 f. zur perkutanen Koronarintervention, 5.6.7 zur Herzkatheteruntersuchung).

Ferner liegen auch jüngere Ergebnisse aus durch den Innovationsausschuss beim G-BA geförderten Studien (KARDIO-Studie [6], ENLIGHT-KHK-Studie [7]) vor. In der KARDIO-Studie wurden Ergebnisse zur nicht leitliniengerechten Diagnostik berichtet (wobei auch Limitationen der Studie zu verzeichnen waren). Die ENLIGHT-KHK-Studie, eine Beobachtungsstudie in der stationäre Bereich, in dem die überwiegende Zahl der Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt wird, untersucht wurde, hatte zum Ergebnis, dass der invasiven Koronarangiographie offenbar in vielen Fällen keine in der Leitlinie empfohlene nicht-invasive morphologische oder

andere funktionelle Diagnostik vorausging. In der Gesamtschau der hier nicht im Einzelnen dargestellten Ergebnisse geht der G-BA deshalb davon aus, dass eine Mengenanfälligkeit i. S. der gesetzlichen Regelung in Bezug auf die invasive Koronarangiographie und die perkutane Koronarintervention gegeben ist. Es resultiert hier als eine der Aufgaben im Rahmen der Zweitmeinung, zu bewerten, ob eine diagnostische Koronarangiographie indiziert ist, insbesondere vor dem Hintergrund der Empfehlungen einschlägiger Leitlinien wie der NVL KHK [3], S. 40 oder der europäischen kardiologischen Leitlinie „ESC Guidelines for the Management of Chronic Coronary Syndromes“ [4]. Eine invasive Koronarangiographie ist in der Regel nicht als primärer Teil des Diagnostikalgorithmus anzusehen, sondern es wird nach einer Risikostratifizierung analysiert und abhängig von den vorliegenden Ergebnissen der Vordiagnostik, den Ergebnissen der Risikostratifizierung und den Wünschen des Patienten ein diagnostisches und gegebenenfalls therapeutisches Vorgehen empfohlen. Ziel ist die Ermittlung geeigneter diagnostischer Verfahren, die vor der Durchführung einer Koronarangiographie möglich und zu empfehlen sind.

Andere Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung

Das Qualitätssicherungsverfahren zu Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen auf der Grundlage der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA umfasst Indikatoren zur angemessenen Indikationsstellung zur Koronarangiographie bzw. perkutanen Koronarintervention, die jedoch gegenwärtig überarbeitet werden ([8], QS PCI, S. 43 f.), sodass an dieser Stelle keine Darstellung der in den Vorjahren erzielten Ergebnisse erfolgt.

Konservative und weniger invasive Therapiealternativen

Grundsätzlich stehen zur Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung abhängig vom Ausmaß der Erkrankung und der tatsächlichen, funktionellen Minderdurchblutung der Herzkranzgefäße unterschiedliche Verfahren zur Verfügung, von konservativen Ansätzen, wie z.B. medikamentöse Therapien bis hin zu unterschiedlichen invasiven Verfahren der Revaskularisation.

Auch in Bezug auf die unterschiedliche mögliche Diagnostik sind Verfahren anhand des Grades der Aussagequalität (morphologisch versus funktionell), der Invasivität, der Belastungen und der Risiken unterscheidbar, zudem

müssen patientenbezogene Faktoren und Präferenzen berücksichtigt werden.

Evidenzbasierung

Die sehr umfangreiche Evidenzbasis bzw. Literatur, die die hier gegenständlichen Eingriffe betrifft, wird auszugsweise im IQWiG-Bericht [1] genannt (s. 5.6.5, S. 66 f. zur perkutanen Koronarintervention, 5.6.7, S. 69 zur Herzkatheteruntersuchung und 5.6.15., S. 76 f. zu Aorto-Koronaren Bypassoperationen) sowie insbesondere auch in der NVL Chronische KHK ([3]) und der „ESC Guideline for the Management of Chronic Coronary Syndromes“ [4]. Eine differenzierte Darstellung erfolgt nicht.

Zu Absatz 2

In der Zweitmeinungsberatung soll u.a. in Bezug auf die Indikationsstellung geklärt werden, ob die benötigte diagnostische Information nicht auch durch weniger invasive Methoden erlangt werden kann [GKV-SV: insbesondere vor dem Hintergrund, dass die NVL KHK [3] (S. 40) die invasive Koronarangiographie in der Regel nicht als Teil des Diagnostikalgorithmus ansieht, gleichwohl aber Ergebnisse aus Versorgungsstudien vorliegen (s. o. unter „Mengenanfälligkeit“), die nahelegen, dass diese Empfehlung häufig keine Beachtung findet. Daher ist diese Prüfung im Rahmen der Zweitmeinung von besonders herausgehobener Bedeutung]. Da grundsätzlich zur Behandlung neben einer konservativen, medikamentösen Therapie ([3], S. 57 ff.) verschiedene Revaskularisationsverfahren (perkutane Koronarinterventionen, koronare Bypass-Operationen) zur Verfügung stehen, die insbesondere durch Beseitigung / Überbrückung der Stenose(n) die Ischämie, ihre Symptomatik und Folgeerscheinungen beseitigen oder lindern sollen, sind diese gegebenenfalls in die Beratung mit einzubeziehen. Ferner sollte die Zweitmeinungsberatung der Patientin und dem Patienten verdeutlichen, dass [GKV-SV: die diagnostische Koronarangiographie mit Herzkatheter in der gleichen Sitzung zu einem therapeutischen Eingriff ausgeweitet werden kann]/[KBV, PatV: einige Verfahren in der gleichen Sitzung zu einem therapeutischen Eingriff ausgeweitet werden können] („einzeitige“ oder „ad hoc“-Intervention, vgl. [3], Übersicht S. 110), während andere ein zweizeitiges Vorgehen bedeuten (erst Diagnostik, dann zeitlich versetzt Therapie)

DKG/GKV-SV/PatV	KBV
[Streichen]	, wobei dann gegebenenfalls der diagnostische Teil wiederholt werden muss

DKG	GKV-SV, KBV, PatV
[Streichen]	. Insgesamt soll eine gemeinsame Entscheidungsfindung, wie u.a. in der NVL KHK ([3], S. 48 ff.) oder in der europäischen kardiologischen Leitlinie [4] empfohlen, realisiert werden. Zu § 2 der Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarinterventionen im Besonderen Teil der Zm-RL Zu Absatz 1 Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie sind qualifiziert, die Zweitmeinung abzugeben, sofern sie die im Allgemeinen Teil der Richtlinie formulierten Anforderungen erfüllen. Gemäß der Muster- Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer 2018 (in der Fassung vom 03.07.2025) [10] übernehmen Fachärztinnen und Fachärzte für Kardiologie die „<i>Vorsorge, Früherkennung, Diagnostik, konservative und interventionelle Therapie sowie Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschließlich spezieller kardiologischer Krankheitsaspekte bei [...] chronischer koronarer Herzkrankheit</i>“ (S. 165). Gemäß dieser Fassung der MWBO sind Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie qualifiziert, die Indikationsstellung zu und Befundinterpretation von Koronarangiographien und Herzkatheteruntersuchungen einschließlich interdisziplinärer Therapieentscheidung vorzunehmen. Sie führen diese Indikationsstellungen in der Versorgungspraxis [GKV-SV: insbesondere auch zur Planung und Vorbereitung herzkirurgischer Eingriffe] regelmäßig durch. Die Patientinnen und Patienten werden gemäß einschlägiger Leitlinien sowohl im hausärztlichen als auch im kardiologischen fachärztlichen Bereich versorgt.

DKG	GKV-SV	KBV
[Streichen]	Wird eine Zweitmeinung beansprucht, so basiert dies auf einer Empfehlung der Durchführung einer Koronarangiographie mit Hilfe eines Herzkatheters. Der G-BA geht davon aus, dass diese Empfehlung regelhaft von Fachärztinnen oder Fachärzten für Kardiologie ausgesprochen wurde und bereits über den hausärztlichen Versorgungsbereich hinausgeht.	Die Entscheidung zur Empfehlung eines Eingriffes des hier festgelegten Eingriffsthemas markiert eine Situation, in der die Patientin oder der Patient regelhaft kardiologisch weiter zu untersuchen ist und es auf eine Einschätzung der Herz-Kreislauf-Funktion ankommt, die vorrangig im kardiologischen Facharztbereich liegt.

DKG	GKV-SV
[Streichen]	Zwar sollten auch Fachärztinnen und Fachärzte weiterer Fachgebiete, z. B. der Allgemeinchirurgie Handlungskompetenz bei der Interpretation bildgebender Verfahren besitzen ([10], S. 47) oder bei der Gefäßchirurgie auch eine spezifischere Handlungskompetenz in Bezug auf angiographische, bildgebende Verfahren (zu denen auch die transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung zu zählen ist, [10], S. 51) und insbesondere bei der Herzchirurgie wird vermerkt unter den erforderlichen Handlungskompetenzen vermerkt, dass hierunter die „Indikationsstellung zu und Befundinterpretation von Koronarangiographien und Herzkatheteruntersuchungen einschließlich interdisziplinärer Therapieentscheidung“ zähle ([10], S. 56). Der Gemeinsame Bundesausschuss geht jedoch davon aus, dass, wie oben (s. u. §1 Absatz 2) dargestellt, ein wesentliches Ziel des Zweitmeinungsverfahrens darin besteht, ggf. zu prüfen, ob, trotz anderslautender Leitlinienempfehlungen, die Koronarangiographie häufig diagnostisch eingesetzt wird, obwohl andere, nicht-invasive Verfahren zur Verfügung stehen und ggf. bevorzugt eingesetzt werden sollten. In Bezug auf diese Fragestellung spielt die besondere, herzchirurgische Kompetenz keine einschlägige Rolle, sondern dies ist Aufgabe der Kardiologie. Insofern die Zweitmeinung der Frage gilt, ob und ggf. welche revaskularisierenden Verfahren zum Einsatz kommen sollten, so können (gemäß Absatz 2) und sollen auch (gemäß Absatz 3) im Sinne einer interdisziplinären Therapieentscheidung konsultiert werden.

Zu Absatz 2

DKG	GKV-SV
[Streichen]	Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin werden als beratende Fachgruppe benannt, da diese häufig die Diagnostik der chronischen KHK

i. S. d. Abklärung von Ursachen der Symptomatik beginnen und gegebenenfalls eine Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten als Hausärztinnen oder Hausärzte übernehmen. Häufig obliegt es ihnen, bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer KHK gegebenenfalls weitere diagnostische Schritte zu erwägen und gegebenenfalls Überweisungen zur weiteren Diagnostik zu veranlassen, neben der Überweisung zu Kardiologinnen und Kardiologen z. B. zu Radiologinnen und Radiologen zur Durchführung einer CT-Angiografie oder zu nuklearmedizinischen nicht-invasiven Untersuchungen. Insofern die Empfehlung zur Durchführung des Eingriffes primär diagnostischen Zwecken dient kann eine Fachärztin, kann ein Facharzt für Allgemeinmedizin ggf. im Rahmen der Abgabe der Zweitmeinung insbesondere prüfen, ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik ausgeschöpft sind bzw. ob deren Ergebnisse die Durchführung einer invasiven Koronarangiographie nachvollziehbar erscheinen lassen.

Zwar sieht die NVL KHK [3] (S. 40) die invasive Koronarangiographie in der Regel nicht als Teil des Diagnostikalgorithmus an. Empirische Ergebnisse (s. o. „Mengenanfälligkeit“) deuten aber darauf hin, dass diese dennoch auf eine solche Weise eingesetzt wird. Daher kann es hier insbesondere Aufgabe der Zweitmeinung sein, zu prüfen, ob ein solcher diagnostischer Eingriff nachvollziehbar empfehlenswert ist. Diese Bewertung ist, wie dargestellt, durch Kardiologinnen oder Kardiologen gegebenenfalls unter Hinzuziehung anderer Fachgruppen zu leisten. Die Beteiligung von Fachärztinnen und Fachärzten für Herzchirurgie ist nur dann zweckmäßig, wenn die Koronarangiographie im Sinne der NVL KHK ([3], s. z. B. Übersicht, S. 100) zur Therapieplanung eingesetzt wird. Daher wird eine entsprechende Regelung in Absatz 3 getroffen. Fehlt es vor Durchführung der Koronarangiographie an solchen Erkenntnissen, dann ist die spezifisch herzchirurgische Expertise in Bezug auf die Indikationsstellung zur Koronarangiographie nicht erforderlich. Die Einschätzung, ob eine aorto-koronare Bypass-Operation eine mögliche Alternative darstellt, ist von der zweitmeinenden Ärztin bzw. dem zweitmeinenden Arzt zu treffen, die oder der hier gegebenenfalls die vorliegenden Befunde bzw. die gegebenenfalls auch von der Patientin oder dem Patienten berichteten Inhalte der Empfehlung zum Eingriff in Zusammenspiel mit den einschlägigen Leitlinienempfehlungen berücksichtigen kann.

Eine Aufnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Radiologie oder Nuklearmedizin als gegebenenfalls hinzuzuziehende Fachgruppen erfolgt, da diese gegebenenfalls diagnostische Leistungen (z. B. die CT-Angiographie oder die „Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) als funktionelles nicht-invasives diagnostisches Verfahren) im Rahmen der KHK-Diagnostik erbringen.

Zu Absatz 3

DKG	PatV	GKV-SV, KBV
[Streichen]	Die Vorgabe trägt dem Umstand Rechnung, dass die im Normtext geregelte Indikationsstellung grundsätzlich weder höheren noch niedrigeren Anforderungen zu genügen hat als eine ansonsten in der Regelversorgung erfolgende Indikationsstellung. Hinsichtlich der Gewährleistung der Interdisziplinarität bei der leitliniengerechten Indikationsstellung und der Berücksichtigungen der Gebiete Innere Medizin und Chirurgie bedeutet dies, dass vom Zweitmeiner die Einschätzung einer Fachärztin oder eines Facharztes des jeweils anderen Gebietes einzubeziehen ist. Die Vorgabe im Normtext überlässt dabei die Wahl der Form der Einbeziehung dem Zweitmeiner. Sie kann also sowohl im Rahmen eines mündlichen, schriftlichen oder persönlichen Kontakts	Nach den Vorgaben in den Sätzen 1 und 2 soll die Zweitmeinung in der Regel von Ärztinnen oder Ärzten der Facharztkompetenz (Innere Medizin und Kardiologie oder Herzchirurgie) erbracht werden, durch die auch die ursprüngliche Indikation für die Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie ggf. mit interventioneller Maßnahme gestellt wurde. Diese Regelung folgt der Annahme, dass aufgrund der Inhalte des Fachgebietes einerseits z.B. Kardiologen die originäre Kompetenz für die Beurteilung haben, ob im Einzelfall eine Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie ggf. mit PCI für die Diagnostik oder Behandlung einer KHK erforderlich ist. Andererseits haben z.B. Herzchirurgen die originäre fachliche Kompetenz für die Beurteilung der Erforderlichkeit von Herzkatheteruntersuchungen mit Koronarangiographie zu Zwecken der Planung und Vorbereitung herzchirurgischer Eingriffe. Für den Fall, dass aus der Indikationsstellung zum Eingriff ersichtlich ist, dass beide invasiven Therapieverfahren (Perkutan-transluminale Koronargefäßintervention - PCI oder aortokoronare Bypass-Operation - ACB) [GKV-SV: eine Option]/[KBV: eine gleichwertige Option] darstellen, sieht Satz 3 eine interdisziplinäre Erbringung der Zweitmeinung unter Beteiligung der Facharztkompetenzen Innere Medizin und Kardiologie sowie Herzchirurgie vor. Diese Vorgabe folgt den Leitlinienempfehlungen der NVL KHK [3] und der ESC [4] und den Festlegungen in Anlage 5 Ziffer 1.5.5.2 DMP-A-RL; die Zweitmeinung kann insoweit nicht hinter dem nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse empfohlenen Vorgehen bei der Indikationsstellung zurückbleiben.

	erfolgen. Die Vorgabe zum interdisziplinären Vorgehen ergibt sich aus den maßgeblichen Leitlinien (NVL KHK [3], europäische Leitlinie „ESC Guidelines for the Management of Chronic Coronary Syndromes“ [4]). Der Klammerzusatz „Herzteam“ bezieht sich auf den in den herangezogenen Leitlinien verwandten Terminus.	Für die interdisziplinäre Erbringung der Zweitmeinung ist eine Abstimmung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte in einer Fallkonferenz oder Videofallkonferenz erforderlich und ausreichend; für die Abgabe der interdisziplinär erbrachten Zweitmeinung nach Allgemeiner Teil § 8 Zm-RL ist die Kommunikation einer oder eines an der interdisziplinären Zweitmeinungserbringung beteiligten Ärztin oder Arztes mit der Patientin oder dem Patienten ausreichend. Die Vorgaben in den Sätzen 1 bis 3 sind als Soll-Vorschriften ausgestaltet, um insbesondere in fachlich begründeten Einzelfällen ein abweichendes Vorgehen zu ermöglichen.
--	--	---

Zu § 3

DKG	PatV	GKV-SV
[Streichen]	In der Zweitmeinung soll in Bezug auf die Indikationsstellung insbesondere geprüft werden, ob die benötigte diagnostische Information nicht auch durch andere Methoden (z.B. funktionelle Untersuchungen wie Stress-Echokardiographie, Myokard-Perfusions-SPECT, Myokard-Perfusions-PET, Stress-Perfusions-MRT oder nicht-funktionelle (morphologische) Methoden wie die CCTA) gewonnen werden kann.	Zu Satz 1: Die Fragestellung bezieht sich auf ein wesentliches Ziel der Zweitmeinung (s. o. unter „Mengenanfälligkeit“). Zu Satz 2: Wie in der NVL KHK ([3], z. B. Übersicht auf S. 110) dargestellt, kommen gegebenenfalls unterschiedliche Therapieoptionen in Frage, deren Wahl u. a. durch die Ergebnisse der invasiven Angiographie beeinflusst sind. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass im Rahmen der Zweitmeinung geprüft wird, ob die Patientin oder der Patienten hier ausreichend informiert ist. Dies ist in besonderem Maße dann erforderlich, wenn bereits eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer stenosierenden KHK gegeben ist.

Zum Inkrafttreten

Das Inkrafttreten erfolgt zum ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger übernächsten folgenden Quartals. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechtes die Umsetzungsmaßnahmen zur Genehmigung der in diesem Beschlusstext genannten Facharztgruppen erst nach der rechtswirksamen Veröffentlichung im Bundesanzeiger beginnen können. Die Regelung sorgt dafür, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in der Regel ein Quartal Zeit haben, um die Prozesse für die Genehmigung aufzusetzen und zu etablieren.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 12.641 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 63.090 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

5. Verfahrensablauf

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **Datum** beschlossen, die Zweitmeinungsrichtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Länderververtretung tragen den Beschluss **[nicht]** mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten **keine** Bedenken.

7. Literaturverzeichnis

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Auswahl von Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V; Rapid Report, Auftrag V20-01 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2021. [Zugriff: 08.04.2022]. (IQWiG-Berichte; Band 1068). URL: https://www.iqwig.de/download/v20-01_zweitmeinung_rapid-report_v1-0.pdf.
2. G-BA: Computertomographie-Koronarangiographie zur Diagnosestellung bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (§ 135 SGB V) <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/258/>
3. S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. Version 7.0. Stand 30.08.2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-004>
4. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes; developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC); endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS); European Heart Journal (2024) 45, 3415–3537, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>
5. G-BA. Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (FFR-Messung) bei koronarer Herzkrankheit (§ 135 SGB V) <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/89/>
6. KARDIO-Studie – Linksherzkatheter bei Brustschmerzen und KHK: Analyse regionaler Variationen und Behandlungspfade zur Verbesserung der Indikationsqualität <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/kardio-studie.47>

7. ENLIGHT-KHK – Erfassung und Optimierung der Leitlinienadhärenz im Indikationsstellungsprozess zur Koronarangiographie bei stabiler Koronarer Herzerkrankung <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/enlight-khk.128>
8. IQTiG. Bundesqualitätsbericht. Auswertungsjahr 2024. <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>
9. G-BA (IA). Dokumentation der Rückmeldungen zum Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt ENLIGHT-KHK (01VSF17011) https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/658/2024-11-26_ENLIGHT-KHK_Rueckmeldungen.pdf
10. Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 (in der Fassung vom 03.07.2025). https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_MWBO-2018.pdf
11. Achenbach, S., Smetak, N., Assmann, A. et al. Stellenwert der Computertomographie-basierten Angiographie der Koronararterien (koronare CT-Angiographie) für die Kardiologie und Herzchirurgie 2026. Z Herz- Thorax- Gefäßchir (2026). <https://doi.org/10.1007/s00398-026-00761-1>

8. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage: Bürokratiekostenermittlung

Berlin, den 16. Juli 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren: Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarintervention

Gemäß § 91 Absatz 10 SGB V ermittelt der G-BA die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Die nachstehende Bürokratiekostenermittlung bezieht sich ausschließlich auf solche Vorgaben, welche über die vom Gesetzgeber getroffenen Regelungen in § 27b SGB V hinausgehen bzw. diese durch Beschluss des G-BA konkretisieren.

Mit der Aufnahme der Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarintervention im Besonderen Teil der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren wird das Einholen einer Genehmigung zum Tätigwerden als Zweitmeinungsgeber für Ärztinnen und Ärzte, die bisher nicht am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen, notwendig. Gemäß § 2 Eingriffsspezifische Anforderungen an den Zweitmeiner sind zur Erbringung der Zweitmeinung Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie oder für Herzchirurgie berechtigt.

Die Anforderungen an die Zweitmeiner, welche im Rahmen eines Nachweisverfahrens gemäß § 7 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren nachgewiesen werden müssen, beziehen sich insbesondere auf die besondere Qualifikation und die Unabhängigkeit der Zweitmeinungsgeber. Für den Nachweis der Unabhängigkeit sind Leistungserbringer zudem verpflichtet, verbindlich zu erklären, ob finanzielle Beziehungen in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen oder nicht vorliegen.

Es wird davon ausgegangen, dass der Nachweis der genannten Anforderungen einmalig zu erfolgen hat und hierfür durchschnittlich ein zeitlicher Aufwand von 120 Minuten erforderlich ist. Dieser zeitliche Aufwand setzt sich aus den folgenden Standardaktivitäten zusammen:

Standardaktivität	Zeit in Minuten	Qualifikationsniveau⁵	Bürokratiekosten je Fall in Euro
Einarbeitung in die Informationspflicht	15	hoch (62,0 €/h)	15,5
Beschaffung der Daten	30	hoch (62,0 €/h)	31,0
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	30	hoch (62,0 €/h)	31,0
Datenübermittlung	10	hoch (62,0 €/h)	10,33
Interne Sitzungen	20	hoch (62,0 €/h)	20,67
Kopieren, Archivieren, Verteilen	15	mittel (34,2 Euro/h)	8,55
Gesamt	120		117,05

In Bezug auf die Aufnahme der Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarintervention sind unter Berücksichtigung, dass Zweitmeiner seit wenigstens fünf Jahren nach Erlangung des Facharztstatus in einem Bereich der unmittelbaren

⁵ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung. Wiesbaden. 2025, S. 63f.

Patientenversorgung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie genannten Gebiet tätig sein müssen, potentiell rund 10.775 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt (5.488 Ärztinnen/Ärzte für Innere Medizin und Kardiologie, 822 Ärztinnen/Ärzte für Innere Medizin und SP Kardiologie, 3.191 Ärztinnen/Ärzte mit SP Kardiologie, 58 Ärztinnen/Ärzte mit TG Kardiologie, 1.216 Ärztinnen/Ärzte für Herzchirurgie⁶).

Laut Bericht der KBV gemäß § 10 Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL)⁷ vom 27.09.2024, welcher das Genehmigungsgeschehen der Zweitmeinung im Berichtsjahr 2023 abbildet, ist davon auszugehen, dass sich maximal ein Anteil von 5 Prozent als Zweitmeiner qualifizieren wird. Hieraus resultiert, bezogen auf Aufnahme der Eingriffe zur perkutanen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Koronarintervention, eine einmalige Fallzahl von 539 Genehmigungsverfahren. Die mit dem Genehmigungsverfahren einhergehenden einmaligen Bürokratiekosten belaufen sich somit auf geschätzt 63.090 Euro (539 x 117,05 Euro).

Die Entwicklung zeigt ferner, dass jährlich etwa 20 Prozent der Zweitmeiner, also 108 Ärztinnen und Ärzte, neu einen Antrag auf Genehmigung stellen. Damit ergeben sich zudem jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 12.641 Euro (108 x 117,05)/.

⁶ Bundesärztestatistik 2024 (Tabelle 3, Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten, Stand: 31.12.2024)

⁷ Bericht der KBV gemäß § 10 Absatz 1 Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL), Genehmigungen der Zweitmeiner zum 31.12.2023, Stand: 27.09.2024

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der Zm-RL: Aufnahme von Eingriffen zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung

Datum	[30.04.2026]
Stellungnahme von	[Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)]

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

In Deutschland herrscht – trotz leicht abnehmender Tendenz - im Vergleich zu anderen industrialisierten Ländern eine erhebliche Überversorgung mit Koronarangiographien und perkutanen koronaren Interventionen (PCI). In großen Übersichtsarbeiten hat es sich gezeigt, dass eine PCI mit Stent bei stabiler KHK/chronischem Koronarsyndrom allenfalls symptomatisch wirksam sein kann. Die Lebenserwartung wird dadurch aber im Vergleich zu einer optimalen medikamentösen Therapie nicht verbessert.

Im Sinn des Abbaus dieser beschriebenen Überversorgung ist aus Sicht der DEGAM die Einführung eines Zweitmeinungs-Verfahrens unbedingt zu begrüßen.

Zumal Hausärztinnen und Hausärzte sehr häufig die Erfahrung machen müssen, dass

- a) die Empfehlung der Nationalen VersorgungsLeitlinie, von einer Koronarangiographie abzusehen, wenn die Patientinnen und Patienten nicht zu einer Bypass-Operation bereit wären, nur sehr selten umgesetzt wird – laut Deutschem Herzbericht [1] ist die Zahl an Bypass-Operationen von 2019 auf 2023 von 34.224 um 15,3% auf 28.996 zurückgegangen – bei zuletzt 353.512 perkutanen koronaren Interventionen.
- b) nur sehr selten bei symptomatischen Personen mit stabiler KHK nach einer diagnostischen Koronarangiographie ein Herz-Team unter Einbezug der Kardiochirurgie interdisziplinär berät - mit der Folge, dass z.B. bei Mehrgefäßerkrankung nacheinander mehrere betroffene Gefäße dilatiert werden – wiederum mit der Folge, dass eine dann doch notwendige Bypass-Operation durch mehrere liegende Stents erschwert wird.

Und zumal mit dem Ergebnis der von der Bundesgesundheitsministerin beauftragten FinanzKommission Gesundheitswesen [2] vermehrt Zweitmeinungsverfahren bei unnötig häufig durchgeführten medizinischen Prozeduren herangezogen werden sollen.

Durch regelhafte Durchführung des DMP KHK besteht bei Fachärztinnen und Fachärzten aus der hausärztlichen Versorgungsebene ausreichende Expertise zur Einschätzung eines weitergehenden Diagnostik- oder Interventionsbedarfs sowie eine regelhafte spezifische Fortbildungspflicht. Die Durchführung der entsprechenden DMPs ist damit die adäquate Voraussetzung für die Genehmigung zum Zweitmeinungsverfahren und kann flächendeckend gewährleistet werden.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
2.	Die DKG schlägt vor, das Zweitmeinungsverfahren ausschließlich auf Koronarangiographien im Rahmen einer Therapieplanung zu beschränken. Die rein diagnostische Koronarangiographie sei kein Standardverfahren mehr, weil es in der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) KHK [3] nicht mehr empfohlen werde. Die DEGAM begrüßt zunächst außerordentlich, dass die DKG hier auf die NVL KHK referenziert – es hatten ja nicht alle beteiligten Fachgesellschaft am Schluss des Verfahrens die NVL mit unterzeichnet. Sie sieht es aber ausgesprochen kritisch, das Zweitmeinungsverfahren nicht auch auf diagnostische Koronarangiographien zu beziehen. Dem Herzbericht 2025 [1] ist es zu entnehmen, dass im Jahr 2023 neben 353.512 PCI insgesamt 688.955 Koronarangiographien stattgefunden hatten – in über 300.000 Fällen also rein diagnostische Verfahren (dem gegenüber als noch neues Verfahren nur 60.000 von der NVL KHK vorrangig empfohlene koronare Computertomographien (CCTA)). Allein diese Zahl unterstreicht eindrucksvoll die Notwendigkeit einer wirksamen Mengensteuerung. Insofern unterstützt die DEGAM eindeutig die Positionierung von GKV-SV, KBV und PatV. Die DEGAM unterstützt die Formulierung des GKV-SV: „In der Regel wird eine invasive Koronarangiographie zu nur diagnostischen Zwecken nicht empfohlen“. Wie auch GKV-SV, KNV und PatV hält die DEGAM eine vorgelagerte ergebnisoffene Information der Patientinnen und Patienten und geteilte Entscheidungsfindung für sinnvoll und machbar – schließlich gibt es dafür bereits aus dem Verfahren zur NVL KHK entsprechende Entscheidungshilfen [4] als Grundlage für eine gemeinsame Entscheidung. Die DEGAM teilt die Einschätzung von GKV-SV und KBV, dass nicht-invasive diagnostische Verfahren (u.a. Myokardszintigraphie und koronare Computertomographie) nicht für Mengenausweitungen anfällig sind. Diese beiden Verfahren sollten darum auch nicht mit in das Zweitmeinungsverfahren einbezogen werden.

	Aus Sicht der DEGAM ist der Vorschlag von KBV und DKG nicht nachvollziehbar, den Entwurf des GKV-SV zu streichen, dass bei einer Vortest-Wahrscheinlichkeit von bis zu 50% vorrangig eine CCTA durchgeführt werden solle. Schließlich handelt es sich hier um eine der zentralen Diagnostik-Empfehlungen der NVL KHK und steht auch im Einklang mit internationalen Empfehlungen und Gepflogenheiten. Es sollte allerdings aus Sicht der DEGAM korrekterweise eingegrenzt werden auf eine mittlere Vortest-Wahrscheinlichkeit (VTW) von 15-50%. Aus Sicht der DEGAM ist allerdings, wenn auch in Studien wie DISCHARGE [5] nicht untersucht, eine Gleichwertigkeit einer CCTA auch bei einer hohen VTW so plausibel, dass auch hier der CCTA mindestens eine gleichwertige Option darstellt – vorausgesetzt: es handelt sich um eine stabile koronare Situation. Darum unterstützt die DEGAM an dieser Stelle den Vorschlag der DKG, den von GKV-SV, KBV und PatV formulierten Passus zu streichen, bei einer sehr hohen VTW eine Koronarangiographie zu präferenzieren – die Wahrscheinlichkeit des Nutzens einer perkutanen Intervention hängt nicht von der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer KHK ab, sondern davon, ob die KHK stabil ist oder nicht.
Eingriff 14	Die DEGAM unterstützt den Vorschlag von GKV-SV, KBV und PatV, dass sich ein Zweitmeinungsverfahren nicht ausschließlich auf Koronarangiographien bezieht, sondern auch auf perkutane Interventionen (PCI). In Deutschland werden pro Jahr mit leicht abnehmender Tendenz aktuell knapp 700.000 stationäre Koronarangiographien und gut 350.000 stationäre PCI durchgeführt. Während im internationalen Vergleich auf einen Bypass drei Stents kommen, sind es in Deutschland 10 – ein starker Hinweis auf eine erhebliche Überversorgung. [3]. Dabei verbessert bei stabiler KHK/chronischem Koronarsyndrom eine PCI im Vergleich zu einer optimalen medikamentösen Therapie die Prognose nicht [6].

§ 2 (2)	Die DEGAM unterstützt den Vorschlag von GKV-SV und DKG, dass auch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zum Zweitmeinungsverfahren hinzugezogen werden sollen. Sie kennen die Patientinnen und Patienten lange und wissen häufig um deren Komorbiditäten, Einstellungen und Werte. Als nicht intervenierende Fachgruppe können sie auch völlig ohne eigene konkurrierende berufliche Interessen beraten. Somit sind sie sogar die zu präferierende Berufsgruppe für das Zweitmeinungsverfahren. Sie stellt hier auch eine suffiziente personelle Ressource dar, falls Zweitmeinungsverfahren gemäß Vorschlag der Finanzkommission verpflichtend werden sollen. Zumindest wenn es um diagnostische Koronarangiographien geht, sollten nach Auffassung der DEGAM auch Ärzt*innen für Radiologie und für Nuklearmedizin in ein Zweitmeinungsverfahren mit einbezogen werden können, bieten sie doch mit CCTA und Myokardszintigraphie alternative Verfahren zur Diagnostik einer signifikanten KHK.
§ 2 (3)	Die DEGAM unterstützt die Position von GKV-SV, DKG und KBV zur Formulierung, welche Fachgruppen zur Zweitmeinung hinzugezogen werden sollten: „Die Zweitmeinung soll von einer Fachärztin oder einem Facharzt nach Absatz 1 Nummer 2 erbracht werden, wenn die Indikationsstellung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt nach Absatz 1 Nummer 2 erfolgt ist. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 sollen Fachärztinnen oder Fachärzte nach Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 die Zweitmeinung interdisziplinär erbringen, wenn aus der Indikationsstellung zum Eingriff ersichtlich ist, dass beide invasiven Therapieverfahren (Perkutan-transluminale Koronargefäßintervention - PCI oder aortokoronare Bypass-Operation - ACB) eine [KBV: gleichwertige] Option darstellen.“ In der Regel sind beide Therapie-Optionen aber nicht gleichwertig, sondern die Bypass-Operation ist meist überlegen [7] Im Übrigen ist eine interdisziplinäre Erbringung einer Zweitmeinung bei Durchführung durch die Allgemeinmedizin nicht erforderlich, weil dieses Fach prinzipiell interdisziplinäre Aspekte berücksichtigt
	Den Vorschlag der DKG, die Formulierung von GKV-SV, KBV und PatV zu streichen, bei Eingriffen zur perkutanen Koronarangiographie die Notwendigkeit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zu streichen, kann die DEGAM nicht nachvollziehen – liegt doch – neben der schon juristisch gebotenen Erfordernis [8] umfangreiche Evidenz für den Nutzen gemeinsamer Entscheidungsfindung gerade in der Kardiologie vor [9], [10], [11].

	Hinsichtlich des Anlasses für ein Zweitmeinungsverfahren unterstützt die DEGAM die Position des GKV-SV und hinterfragt kritisch die Formulierung der KBV „eine Situation, in der die Patientin oder der Patient regelhaft kardiologisch weiter zu untersuchen ist und es auf eine Einschätzung der Herz-Kreislauf-Funktion ankommt, die vorrangig im kardiologischen Facharztbereich liegt.“ Es gibt hier eine starke Negativ-Empfehlung in der NVL KHK [1]: 4-2 „Bei asymptomatischen Patient*innen soll im Rahmen der Verlaufsbeobachtung keine spezielle kardiale Diagnostik (einschließlich Ergometrie, Echokardiographie) zur Abklärung der stenosierenden KHK erfolgen. War die Empfehlung in der NVL noch rein konsensbasiert gegeben und geschrieben worden „Studien, die diese Verlaufsbeobachtung evaluieren, sind der Leitliniengruppe nicht bekannt.“, kann die starke Negativ-Empfehlung inzwischen mit Evidenz belegt werden [12].
--	---

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

- 1) Deutscher Herzbericht 2025 - <https://epaper.herzstiftung.de/#0> – letzter Zugriff am 26.4.2026
- 2) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf - letzter Zugriff am 26.4.2026
- 3) Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-004>, letzter Zugriff am 24.4.2026
- 4) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Koronare Herzkrankheit - Welche Untersuchungen kommen für mich in Frage?
https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-004pi3_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf, letzter Zugriff am 24.4.2026
- 5) Maurovich-Horvat P, Bossert M, Kofoed K et al. for the DISCHARGE trial group. CT or Invasive Coronary Angiography. in Stable Chest Pain N Engl J Med 2022;386:1591-1602
- 6) Shah R, Nayyar M, Le F et al. A meta-analysis of optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention in patients with stable coronary artery disease. Coronary Artery Disease 2022, 33:91–97 - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33878073/>
- 7) Gaudino M, Hameed I, Farkouh M et al. Overall and Cause-Specific Mortality in Randomized Clinical Trials Comparing Percutaneous Interventions With Coronary Bypass Surgery. A Meta-analysis. JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2020.4748
- 8) Patientenrechtegesetz - § 630d Einwilligung und §630e Aufklärungspflichten. https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630d.html und https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630e.html – letzter Zugriff am 24.4.2026
- 9) Mitropoulou P, Grüner-Hegge N, Reinhold J, Papadopoulou C. Shared decision making in cardiology: a systematic review and meta-analysis. Heart. 2023;109:34-39.
- 10) Harris E, Benham A, Stephenson J, et al. Patient decision aids for aortic stenosis and chronic coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Nurs. 2024;23:561-581.
- 11) Sephien A, Dayto DC, Reljic T, et al. Efficacy of Decision Aids in The Use of Left Ventricular Assist Device in Patients With Advanced Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. Am J Cardiol. 2024;211:255-258
- 12) Park DW, Kang DY, Ahn JM et al for the POST-PCI-Investigators. N Engl J Med 2022;387:905-915

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der Zm-RL: Aufnahme von Eingriffen zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung

Datum	19.05.2026
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e. V. Nikolaistr. 29 37073 Göttingen

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Vor dem Hintergrund einer im internationalen Vergleich weiterhin hohen Zahl diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland und des wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen ist eine konsequent nicht-invasive Steuerung der KHK-Diagnostik geboten. Mit dem G-BA Beschluss vom 18. Januar 2024 wurde die CT-Koronarangiographie (CCTA) in die Regelversorgung aufgenommen und ausdrücklich das Ziel formuliert, die Zahl diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen (HKU) zu senken. Zugleich wurde betont, dass entsprechende invasive Untersuchungen in Deutschland bislang nahezu doppelt so häufig wie in anderen europäischen Ländern durchgeführt werden. Obwohl die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische KHK feststellt, dass die HKU zur Diagnostik nicht mehr indiziert ist (nvl-004I S3 Chronische-KHK 2024-09.pdf), bleibt die Anwendung der nicht-invasiven KHK-Diagnostik und der CCTA in Deutschland weiterhin unzureichend: Für 2023 berichtet der Deutsche Herzbericht 59.757 CCTA gegenüber 751.971 HKU, nahezu unverändert zu 2018 (754.747) (Deutsche Herzstiftung (Hg.)/Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main 2025). Angesichts von 538,2 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben im Jahr 2024 und dem periinterventionellen Risiko (Eur Heart J. 2014;35(10):633-8) sollte die invasive HKU daher primär solchen Fällen vorbehalten bleiben, in denen nach Heart-Team-Abstimmung bereits eine therapeutische Konsequenz absehbar ist. Das Zweitmeinungsverfahren für die transarterielle diagnostische HKU stellt das geeignete Instrument dar, die Entwicklung entsprechend der Leitlinien primär hin zur nicht-invasiven Diagnostik bei KHK basierend auf anatomischer Bildgebung (CCTA) und funktioneller Ischämiediagnostik sinnvoll zu steuern (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454). Des Weiteren berücksichtigt ein solches Verfahren entsprechend den seitens des G-BA bereits für diverse andere planbare Eingriffe festgelegten und notwendigen Anspruch von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Sinne eines Vieraugenprinzips. Wie die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) plädiert auch die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) nachdrücklich dafür, beide Optionen (Zweitmeinung zu HKU zwecks

Diagnostik und zwecks Therapieplanung) in dem generalisierten Zweitmeinungsverfahren zu berücksichtigen.

Zum einen, weil diagnostische HKU weiterhin fast die Hälfte aller HKUs ausmachen und gerade diese durch nicht-invasive diagnostische Verfahren zu ersetzen sind (*Option 1*). Hier stimmen wir dem Standpunkt der DKG ausdrücklich nicht zu: Zwar ist die Begründung, dass es sich bei der diagnostischen HKU gemäß NVL nicht mehr um ein leitliniengerechtes Verfahren handelt, grundsätzlich richtig. Ein Zweitmeinungsverfahren ist trotzdem gerade hier notwendig, da die Versorgungsrealität unverändert die unrestringierte Anwendung der diagnostischen HKU widerspiegelt und gerade die fehlende Durchsetzung der NVL durch Selbstzuweisung zur HKU weiterhin Kosten und Risiken in deutschen Krankenhäusern unnötig generiert (Deutsche Herzstiftung (Hg.)/Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main 2025). Das generalisierte Zweitmeinungsverfahren würde es ermöglichen, das formulierte Ziel des G-BA hinsichtlich der Senkung der diagnostischen HKU in der klinischen Regelversorgung durch interdisziplinäre Kooperation umzusetzen (<https://www.g-ba.de/presse/pressemittelungen-meldungen/1158/>). Außerdem unterstützt es das Ziel des laufenden Projektes IMPRO des G-BA, die Implementierung der CCTA in der klinischen Routine zu optimieren (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/impro.709>).

Zum anderen, weil nicht-invasive diagnostische Verfahren, v. a. die funktionelle Ischämiediagnostik mittels Myokardperfusionsszintigraphie oder kardialer MRT, bei bekannter KHK gemäß Leitlinien (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454) als Verfahren Anwendung finden, geeignete Patientinnen und Patienten zur Revaskularisation zu identifizieren und hier eine wertvolle Alternative zur HKU anbieten (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428 und JACC Cardiovasc Imaging. 2026;19(3):326-341) (*Option 2*). Für beide Optionen sollte zudem die aktuell laufenden Methodenbewertung des G-BA zum Einsatz der kardialen MRT bei Verdacht auf KHK und bekannter KHK entsprechend Berücksichtigung finden (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7708/>).

Für beide Optionen müssen geeignete Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachrichtungen validierend eingesetzt werden. Für Option 1 (diagnostischer HKU) sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin, Herzchirurgie und Allgemeinmedizin zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt sein.

Für Option 2 (therapeutischer HKU) ist eine Validierung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Herzchirurgie obligat, die anderen 3 genannten Fachdisziplinen können dafür optional und zur verlustfreien Präsentation der diagnostischen Evaluation im Rahmen eines Heart-Boards analog zum Tumor-Board, herangezogen werden.

Insbesondere nicht invasiv diagnostisch tätige Fachdisziplinen wie die Radiologie und Nuklearmedizin zeichnen sich aus folgenden Gründen in besonderer Weise dafür aus:

1. Umfassende Kenntnis der nicht-invasiven koronaren Diagnostik

Radiologinnen und Radiologen bieten umfassende Kompetenzen in sämtlichen bildgebenden Verfahren, insbesondere in der nicht-invasiven kardiovaskulären Diagnostik (CCTA, kardiale MRT einschließlich Ischämie- und Vitalitätsdiagnostik). Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner führen selbständig nicht-invasive Ischämiediagnostik mittels SPECT und PET durch, wobei die SPECT zu den häufigsten Verfahren der Ischämiediagnostik in Deutschland zählt (Nuklearmedizin 2023; 62(4): 235-243). Damit können diese Fachgruppen sehr genau einschätzen, welches diagnostische Verfahren bei einer Patientin/einem Patienten abhängig von der *Vortestwahrscheinlichkeit*, dem Vorliegen einer KHK bzw. ihrer Ausprägung (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454)

sowie individuellen Faktoren wie Herzrhythmusstörungen, BMI oder Nierenfunktion indiziert ist. Dies schließt somit die in den tragenden Gründen benannten Optionen 1 und 2 mit ein.

Radiologinnen und Radiologen und Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner sind somit Experten darin, Qualität und Grenzen bildgebender Verfahren zu beurteilen und einzuschätzen,

- ob nicht-invasive Untersuchungen ausreichend aussagekräftig waren,
- ob Artefakte oder technische Limitationen vorliegen
- und ob eine zusätzliche HKU einen diagnostischen Mehrwert bringt.

2. Die Radiologie als interventionelles Fach (DEGIR)

Der leitlinienkonforme Einsatz bildgebender, nicht-invasiver Diagnostik und interventioneller Therapie ist Radiologinnen und Radiologen in allen anderen Gefäßterritorien des Körpers – unter anderem im aortalen, neurovaskulären, viszeralen und nicht viszeralen Gefäßsystem sowie im Becken- und Beingefäßbereich – seit Jahren vertraut und wird dort regelhaft umgesetzt. In diesen Territorien ist die Radiologie aktiv interventionell tätig und besitzt somit die Expertise zur Beurteilung der Indikation, aber auch der potentiellen Risiken interventioneller Therapien. Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie haben sich bereits bei diversen durch den G-BA eingeführte Zweitmeinungsverfahren des Herz-Kreislaufsystems bewährt (<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1245/> und <https://www.g-ba.de/service/fachnews/165/>).

3. Objektive, interdisziplinäre Perspektive

Im Koronarterritorium sind Radiologinnen und Radiologen sowie Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner rein diagnostisch ausgerichtet. Diese Unabhängigkeit von therapeutischen Interessen erlaubt eine besonders objektive und kritisch abwägende Indikationsprüfung. Sie können als neutrale, objektive Instanz bewerten, ob die Belastung der Patientinnen und Patienten durch die diagnostische HKU mit ihren im Vergleich zu nicht-invasiven diagnostischen Verfahren deutlich höherem periinterventionellen Risiko (Eur Heart J. 2014;35(10):633-8) tatsächlich gerechtfertigt ist. Unnötige Komplikationen durch invasive Verfahren können nur durch Anwendung nicht-invasiver Diagnostik gänzlich ausgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund ist die Einbindung radiologischer oder nuklearmedizinischer Expertise vor invasiven Verfahren empfehlenswert.

4. Vermeidung ökonomisch gesteuerter Indikationen

Die beabsichtigte Qualitätssteigerung und Reduktion invasiver Untersuchungen kann nur durch Zweitmeinung außerhalb der eigenen Fachrichtung als Korrektiv die gewünschte Wirkung entfalten. Getreu dem Prinzip der Zuweisung, das in der Radiologie und Nuklearmedizin allgegenwärtig ist, wird die rechtfertigende Indikation von einer anderen Facharzttrichtung bestätigt und das unabhängige Vier-Augen Prinzip umgesetzt. Radiologinnen und Radiologen und Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner sind durch ihre Expertise und ihre unabhängige diagnostische Rolle besonders geeignet, die Indikation zur HKU objektiv, unabhängig und patientenorientiert zu prüfen, um sicherzustellen, dass die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik vorher ausgeschöpft und sinnvoll genutzt wurden.

Radiologie und Nuklearmedizin sollten daher eigenständig zur Erbringung der Zweitmeinung für die transarterielle HKU berechtigt sein. Nur so kann das Ziel des Zweitmeinungsverfahrens, eine ökonomisch getriebene Mengenausweitung zu verhindern, erreicht werden.

Wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin die Zweitmeinung erbringen oder in diese einbezogen werden.

Fachärztinnen und Fachärzte der Radiologie oder Nuklearmediziner sollten die Zweitmeinung erbringen oder bei unklaren Dissens-Situationen schlichtend einbezogen werden.

Wir stimmen mit der in den tragenden Gründen formulierten Annahme überein, dass aus der Versorgungssicht vor allem zwei Fragestellungen relevant sind:

1. ob eine invasive HKU notwendig ist,
2. ob eine Perkutane Koronarintervention notwendig ist.

In den tragenden Gründen wird richtigerweise formuliert, dass „für die erste Fragestellung insbesondere geprüft werden muss, ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden und im Ergebnis die Empfehlung der Durchführung einer invasiven Angiographie nachvollziehbar ist.“

Ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden, können aus unserer Sicht Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin optimal beurteilen. Es ist daher **nicht ausreichend, dass sie nur optional in den Prozess der Zweitmeinungserbringung mit einbezogen werden** können. Vielmehr sollte immer dann, wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, die Expertise der Radiologie bzw. Nuklearmedizin mit einbezogen werden. Bezüglich der Prüfung einer perkutanen Koronarintervention unterstützen wir ausdrücklich das Prinzip der interdisziplinären Konferenz, analog zu den multi-disziplinären Tumorkonferenzen der Onkologie, in denen Disziplinen-übergreifend gemeinsam und einvernehmlich die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Schritte bei jedem Krebserkrankten diskutiert und festgelegt werden. Zwar wurden sogenannte Heart-Teams gegründet, in denen Kardiologen und Kardiochirurgen die Entscheidung zwischen offen-operativer vs. interventioneller Behandlung diskutieren. Für die primäre Frage – ob überhaupt Behandlungsbedarf besteht oder nicht – wäre aber die Erweiterung dieses Teams um zusätzliche Fächer, hier insbesondere die Radiologie und Nuklearmedizin als die Fächer, welche die nicht-invasive Bildgebung beherrschen, zu empfehlen. Diese beiden Fachdisziplinen bieten sich hier primär an, da hier die entsprechende Expertise hinsichtlich funktionell-ischämischer Diagnostik besteht, welche nicht-invasiv zur Indikationsstellung einer revaskularisierenden Therapie (PCI oder Bypass) bei einer Koronarstenose beiträgt und der invasiven Diagnostik mittels HKU-basierter Fraktionellen Flussreserve (FFR) nicht unterlegen ist (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428). Das stärkt die interdisziplinäre Entscheidungsfindung. Wir regen also die Etablierung von „Heart-Boards“ an, deren fachliche Zusammensetzung denen von Tumor-Boards entspricht und welche v. a. bei Zweitmeinungsverfahren nach Option 2 eingesetzt werden soll.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
Beschlussentwurf § 2 Abs. 1	Stellungnahme mit Begründung: Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin sollten eigenständig zur Erbringung der Zweitmeinung für die transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung berechtigt sein. Sie sind aus den in der allgemeinen Stellungnahme dargelegten Gründen (s.o.) dazu in besonderer Weise befähigt und prädestiniert.
	Änderungsvorschlag: Zur Erbringung der Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen gleichermaßen berechtigt (in alphabetischer Reihenfolge): - Allgemeinmedizin oder - Herzchirurgie oder - Kardiologie oder Innere Medizin und Kardiologie oder - Nuklearmedizin oder - Radiologie
Beschlussentwurf § 2 Abs. 3	Stellungnahme mit Begründung: Ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden, können Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie oder Nuklearmedizin optimal beurteilen, da dies die Aufgabe dieser Fachgruppen in allen anderen Organsystemen ist. Daher soll immer dann, wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, die Expertise der Radiologie bzw. Nuklearmedizin mit einbezogen werden.
	Änderungsvorschlag: <i>Bzgl. Option 1 (gemäß DKG):</i> Jede kardiologische Indikationsstellung einer diagnostischen LHK bei KHK ist durch Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin oder Allgemeinmedizin zu überprüfen, um zu evaluieren, ob die Möglichkeiten der leitlinienkonformen nicht-invasiven KHK-Diagnostik ausgeschöpft worden sind. <i>Bzgl. Option 2 (gemäß DKG):</i> In den speziellen Fällen, in denen die nicht-invasive KHK-Diagnostik (bspw. Planung CABG) für nicht ausreichend gehalten wird und ein LHK zu diagnostischen Zwecken durchgeführt werden soll, soll die Zweitmeinung durch Fachärztinnen und Fachärzte der oben genannten Fachdisziplinen oder Herzchirurgie erbracht werden.

5. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004l_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf

https://epaper.herzstiftung.de/epaper/36_DHxB_2025.pdf<https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/10/633/430463?login=true>

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/10/633/430463>

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/36/3415/7743115>

https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001030?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1245/>

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/impro.709>

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1716734>

<https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jcmg.2025.10.015>

<https://www.g-ba.de/service/fachnews/165/>

<https://www.g-ba.de/beschluesse/7708/>

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-2084-7454>

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der Zm-RL: Aufnahme von Eingriffen zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung

Datum	20.05.2026
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK) & Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
In Beantwortung Ihrer Anfrage vom 25.03.2026 und 22.04.2026 danken die beiden herzmedizinischen Fachgesellschaften DGK & DGTHG zunächst für die Einbeziehung in das Stellungnahme-verfahren und möchten zugleich mitteilen:
1. Die nachfolgenden Ausführungen wurden fachgesellschaftsübergreifend konsentiert.
2. An der Anhörung am 01. Juli 2026 werden Vertreter beider Fachgesellschaften teilnehmen.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
S. 1 Titel des Beschluss-entwurfes	Stellungnahme mit Begründung: Die DGK und die DGTHG unterstützen den Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV, da eine Linksherz-Katheteruntersuchung ohne Koronarintervention einer invasiven Diagnostik aber keiner invasiven Therapie entspricht.
	Änderungsvorschlag:
S. 1 § 1(1)	Stellungnahme mit Begründung: Bei unklarer hämodynamischer Bedeutung einer Stenosierung kann ggf. auch eine intravaskuläre Bildgebung zur Schweregradbestimmung eingesetzt werden.
	Änderungsvorschlag: Der Satz sollte wie folgt erweitert werden: <i>„Der Eingriff umfasst die planbare transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung mit oder ohne Messung der myokardialen Flussreserve / intravaskuläre(r) Bildgebung, sowie gegebenenfalls mit therapeutischer perkutan-transluminale Koronargefäßintervention.“</i>
S. 2 § 2(1)	Stellungnahme mit Begründung: Die Vorschläge zur Festlegung der Fachgebiete für die Erbringung der Zweitmeinung müssen kritisch hinterfragt werden.
	Änderungsvorschlag:

§ 2 (1) 1. Innere Medizin und Kardiologie	Stellungnahme mit Begründung: Die Indikationsstellung zur transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung erfolgt grundsätzlich durch Kardiologinnen und Kardiologen, daher sind diese für eine Zweitmeinung qualifiziert. Die Indikationsstellung basiert auf einer Zusammenschau von Symptomen, Risikofaktoren, EKG, Echokardiographie sowie ggf. weiteren nicht-invasiven Untersuchungen wie Stress-Echokardiographie, Myokardszintigraphie, Coronar-CT oder Kardio-MRT. Änderungsvorschlag:
§ 2 (1.) 2. ... oder Herzchirurgie	Stellungnahme mit Begründung: Herzchirurginnen und Herzchirurgen stellen ebenso Indikationen zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung und sind daher wie 1. für die Zweitmeinung qualifiziert. Änderungsvorschlag:
§ 2 (2) Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin	Stellungnahme mit Begründung: In diesem Fachgebiet wird nur einen Teil des diagnostischen Spektrums bei dem chronischen Koronarsyndrom abgedeckt (s.o.). Eine Basisdiagnostik mit EKG oder Echokardiographie ist nicht explizit in der WB-Ordnung ausgeführt und gehört nicht zu den Fachgebieten. Sie stellen zudem keine Indikation zur transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung und sollten daher nicht als Zweitmeiner eingesetzt werden. Änderungsvorschlag:
§ 2 (2) und Allgemeinmedizin	Stellungnahme mit Begründung: Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin decken nur einen Teil des diagnostischen Spektrums und keine invasive Therapie der chronischen KHK ab, z.B. keine Echokardiographie. Sie stellen keine Indikation zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung, daher ist die Position von PatV/KBV zu unterstützen.

	Änderungsvorschlag:
§ 2(3) GKV-SV/DKG/KBV:	Stellungnahme mit Begründung: Die Frage, ob eine invasive Therapie mittels PCI oder Bypassoperation erfolgen sollte, erfordert nach aktuellen Leitlinien eine Linksherz-Katheteruntersuchung in Zusammenschau mit der o.a. Diagnostik. Ein Coronar-CT stellt zwar ebenfalls die Koronarmorphologie dar, doch insbesondere bei deutlichen Verkalkungen und suboptimaler Gerätetechnik sind diagnostische Unsicherheiten nicht auszuschließen, welche insbesondere in einer Fehleinschätzung des Stenosegrades resultieren. Daher ist eine solche Indikationsstellung für/gegen eine PCI oder Bypassoperation ohne Linksherz-Katheteruntersuchung nur selten möglich. Ebenso sollte eine Bypassoperation nicht basierend auf einem Coronar-CT erfolgen, wie in einem Konsensus-Papier von DGK und DGTHG basierend auf der aktuellen Evidenz dargestellt ist (Achenbach et al. <u>Kardiologie 2026; 20:180–189</u>). Änderungsvorschlag:
§ 2(3)	Stellungnahme mit Begründung: Wie in den tragenden Gründen dargelegt, wird eine invasive Therapie bei der Linksherz-Katheteruntersuchung in ca. 36% aller Untersuchungen einzeitig durchgeführt. Dies entspricht etwa 92 % aller PCI. (s. <u>IQTIG-Bundesauswertung PCI</u>: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie). Somit wird sie häufig „erwogen“ Änderungsvorschlag: Die Position von GKV-SV/DKG/KBV wird insofern unterstützt, als die Regelungen in den Sätzen ¹ und ² nicht notwendig erscheinen und daher gestrichen werden sollten. Daher sollte Satz ³. wie folgt formuliert werden: <i>„Fachärztinnen oder Fachärzte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 sollen die Zweitmeinung interdisziplinär erbringen, wenn aus der Indikationsstellung zum Eingriff ersichtlich ist, dass beide invasiven Therapieverfahren (Perkutan transluminale Koronargefäßintervention - PCI oder aortokoronare Bypass-Operation -ACB) eine gleichwertige Option darstellen.“</i>

Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 2-4, 2. Eckpunkte der Entscheidung	Stellungnahme mit Begründung: Einleitend wird auf Angina pectoris oder Dyspnoe mit Bezug auf die NVL KHK verwiesen. Die NVL KHK fokussiert jedoch weitestgehend auf das Symptom Angina pectoris. Dies ist einer der Gründe warum die NVL KHK sowohl von der DGK als auch von DGIM nicht konsentiert wurde (Mehili J et al. Kardiologie; https://doi.org/10.1007/s12181-025-00744-w; mit Zustimmung durch die DGPR). Die von der DKG vorgeschlagenen Trennungs-Optionen zur Ausgestaltung der „Zm-RL zu HKU“ mit Option 1 „HKU zwecks Diagnostik“ und Option 2 „HKU zwecks Therapieplanung“ entspricht nicht der klinischen Realität, da nicht vorhersehbar ist ob lediglich eine diagnostische LHK erfolgt und diese zudem die Grundlage für die Therapieplanung darstellt. Im Fall einer einzeitigen Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarintervention werden beide Eingriffe in einer Prozedur unmittelbar aufeinanderfolgend durchgeführt. Zudem bestehen multiple Konstellationen, je nach nicht-invasiven Vorbefunden, z.B. morphologische versus funktionelle Diagnostik, mit jeweils potenziell unterschiedlichen Konsequenzen. Diese Komplexität kann hier nicht vollumfassend abgebildet werden. Zudem erschließen sich bei den beiden Optionen auch nicht die unterschiedliche Einbindung verschiedener Zweitmeinungsberechtigter. Wie oben bereits zu §2 (2) ausgeführt sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin und Allgemeinmedizin nicht als Zweitmeinungsberechtigte eingesetzt werden, da sie nur einen Teil des diagnostischen Spektrums abdecken und keine Indikation zur Linksherz-Katheteruntersuchung ggf. mit perkutaner Koronarintervention stellen. Änderungsvorschlag: Streichung der Position der DKG; die Position GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 4-6 „Der G-BA geht zudem davon aus, ...“	Stellungnahme mit Begründung: In der Beratung von Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf eine chronische KHK sollte neben Frage 1) nach der Notwendigkeit invasiver Diagnostik (auch die Frage nach allen invasiven Therapiemöglichkeiten gestellt werden. Änderungsvorschlag: Frage 2 wäre daher umfassender zu formulieren: <i>„2. Welcher Nutzen und welche Risiken bestehen, wenn sich aus der diagnostischen Koronarangiographie eine Indikation zur invasiven Therapie (entweder PCI oder Koronarer Bypass-Operation) ergibt.“</i>

Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV/KBV vs PatV S. 6-7	Grundsätzliche Stellungnahme mit Begründung: Es sollte ergänzt werden, dass neben der Myokardperfusionsbildgebung und der CT-Angiographie auch die Stress-Echokardiographie oder die Perfusionsmessung mittels Kardio-MRT in Frage kommen. Diese sind auch nicht grundsätzlich als Alternative zur Koronarangiographie, sondern bei pathologischem Befund auch als indikationsbegründend anzusehen. Es sollte zudem darauf hingewiesen werden, dass bei dem Verdacht auf eine chronische KHK leitliniengerecht, je nach Vortestwahrscheinlichkeit, aktuell zuerst ein CCTA empfohlen sein kann. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass häufig eine Koronar-CT Bildgebung bei der Frage nach einer invasiven Linksherzkatheteruntersuchung bereits vorliegen kann. Inhaltlich bestehen keine bedeutsamen Unterschiede zur Position PatV. Hier sollte jedoch ergänzt werden das nach der IQTIG-Auswertung 2025 nach der DeQS-RL PCI in 31,44 % die Koronarangiographien im Rahmen einer Notfallindikation, in 33,45 % bei Verdacht auf KHK und in 35,13 % bei bekannter KHK durchgeführt wurden. Die Wahl des nicht-invasiven Verfahrens ist abhängig von der Vortestwahrscheinlichkeit bei Verdacht auf KHK, der Eignung der Patient*innen für den entsprechenden Test, testbezogenen Risiken, den vor Ort verfügbaren Gerätschaften und der lokalen Expertise. Ergänzung: Eine Substitution der invasiven Linksherzkatheteruntersuchungen durch die cCTA ist bislang auf bestimmte Patientengruppen limitiert.
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 7	Stellungnahme mit Begründung: Beibehaltung des Absatzes
	Änderungsvorschlag:

Tragende Gründe Dissens GKV-SV S. 7-8	Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen zu aktuell geltenden und zukünftigen Leitlinien sowie deren Berücksichtigung in der klinischen Versorgung erscheinen verzichtbar. Zudem bestehen erhebliche Redundanzen zu den vorangehenden Textpassagen.
	Änderungsvorschlag: Streichung des Absatzes
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 8	Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.
	Änderungsvorschlag:
Tragende Gründe Dissens DKG, GKV-SV vs PatV, KBV S. 9	Stellungnahme mit Begründung: Die Position PatV, KBV wird unterstützt.
	Änderungsvorschlag:

Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, PatV, KBV S. 9	Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, PatV, KBV wird unterstützt.
	Änderungsvorschlag:
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 9-10 „3. Zu den Ände- rungen im Einzelnen zu § 1... zu Absatz 1“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.
	Änderungsvorschlag: Hier sollte ergänzt werden, dass auch die intravaskuläre Bildgebung zur Schweregradbeurteilung von Koronarstenosen eingesetzt werden kann. Je nach klinischem Szenario kommen u.U. auch mehrere Verfahren zum Einsatz, da sowohl falsch negative als auch falsch positive Befunde möglich sind. Hier sollte ergänzt werden: „... <i>morphologischer und/oder funktioneller</i> ...“.
Tragende Gründe Dissens KBV/DKG vs GKV-SV S. 10 „Falls die Vortestwahrschei nlichkeit...“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position KBV/DKG wird unterstützt. Eine Indikation zur CT-Koronarangiographie ist nicht Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens, zudem können auch die Myokardszintigraphie, das Stress-Echo oder das Kardio-MRT eingesetzt werden. Hier könnte erneut auf die aktuelle Leitlinie hingewiesen werden, die die Indikationen zur invasiven und nicht-invasiven Koronardiagnostik klar definiert (siehe Kommentar, S. 7) Änderungsvorschlag:

Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 11 „Im Rahmen der diagnostischen Koronar- angiographie...“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.
Tragende Gründe Dissens DKG vs KBV vs PatV/GKV-SV S. 11 „...revaskulari- sierende...“	Stellungnahme mit Begründung: Es besteht keine Präferenz für eine der beiden Bezeichnungen. Grundsätzlich ist die in der Praxis regelhaft verwendete Terminologie kritisch zu sehen, da sie die zugrundeliegenden Wirkungsmechanismen von Intervention und Operation ungenügend abbildet (Doenst et al. <u>J Am Coll Cardiol</u> 2021 Jul 13;78(2):180-188). Änderungsvorschlag:
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 11 „(perkutane...)“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt Änderungsvorschlag: Die beiden Verfahren sollten konkret, PCI bzw. Koronare Bypassoperation, genannt werden.

Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 12 „einer Entscheidungsfin dung...“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.
	Änderungsvorschlag:
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV S. 12 „In der Regel...“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position DKG wird unterstützt Invasive Koronarangiographien z.B. vor herzchirurgischen Eingriffen, werden primär zur ausschließlichen Diagnostik durchgeführt. Zudem gehen wie oben ausgeführt Diagnostik und Therapieplanung Hand in Hand.
	Änderungsvorschlag:
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 12 „Insbesondere ab...“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position von GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.
	Änderungsvorschlag:

Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 12-15 „sind u.a. die...“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position von GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.
Tragende Gründe Dissens DKG/ GKV-SV/ PatV vs KBV S. 16 „wobei...“	Stellungnahme mit Begründung: Die Position von DKG/GKV-SV/PatV wird unterstützt, da bei bekanntem Koronarbefund für eine PCI lediglich zwingend notwendige Koronardarstellungen durchgeführt werden.
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 16 zu Absatz 1 „Insgesamt soll...“	Stellungnahme mit Begründung: Hier verweisen wir auf den Kommentar zum Beschlussentwurf (s.o.). Die Kompetenz zur Indikationsstellung bereits aus §2 1. und 2. und sollte daher an dieser Stelle weder relativiert noch in Frage gestellt werden.

Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV vs KBV S. 17	Stellungnahme mit Begründung: Hier verweisen wir auf den Kommentar zum Beschlussentwurf (s.o.).
	Änderungsvorschlag:
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV S. 17 „Zwar sollten auch...“	Stellungnahme mit Begründung: Hier verweisen wir auf den Kommentar zum Beschlussentwurf (s.o.). Die GKV-SV adressiert in diesem Absatz Handlungskompetenzen der Fachgebiete Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie, die beide im Kontext dieses Zweitmeinungsverfahrens weder in die Versorgung noch in die spezifische Indikationsstellung eingebunden sind.
	Änderungsvorschlag:
Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV S. 17 – 18 zu Absatz 2 „Fächärztinnen und Fachärzte...“	Stellungnahme mit Begründung: Hier verweisen wir auf den Kommentar zum Beschlussentwurf (s.o.).
	Änderungsvorschlag:

Tragende Gründe Dissens DKG vs PatV vs GKV-SV, KBV S. 19-20 zu Absatz 3	Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen der PatV und GKV-SV/KBV sind weitgehend inhaltlich nachvollziehbar.
	Änderungsvorschlag:
Tragende Gründe Dissens DKG vs PatV vs GKV-SV S. 20 zu § 3:	Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen der PatV und der GKV-SV sind inhaltlich korrekt.
	Änderungsvorschlag:

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

1. Achenbach et al. [Kardiologie 2026; 20:180–189](#)
2. [IQTIG-Bundesauswertung PCI](#)
3. Mehili J et al. [Kardiologie 19, 218–224 \(2025\)](#)
4. Doenst et al. [J Am Coll Cardiol 2021 Jul 13;78\(2\):180-188](#)

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die Änderung der Zm-RL: Aufnahme von Eingriffen zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung

Datum	[20.05.2026]
Stellungnahme von	[Deutsche Röntgengesellschaft]

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Vor dem Hintergrund einer im internationalen Vergleich weiterhin hohen Zahl diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland und des wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen ist eine konsequent nicht-invasive Steuerung der KHK-Diagnostik geboten.

Mit dem G-BA Beschluss vom 18. Januar 2024 wurde die CT-Koronarangiographie (CCTA) in die Regelversorgung aufgenommen und ausdrücklich das Ziel formuliert, die Zahl diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen (HKU) zu senken. Zugleich wurde betont, dass entsprechende invasive Untersuchungen in Deutschland bislang nahezu doppelt so häufig wie in anderen europäischen Ländern durchgeführt werden. Obwohl die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische KHK feststellt, dass die HKU zur Diagnostik nicht mehr indiziert ist ([nvl-004| S3 Chronische-KHK 2024-09.pdf](#)), bleibt die Anwendung der nicht-invasiven KHK-Diagnostik und der CCTA in Deutschland weiterhin unzureichend: Für 2023 berichtet der Deutsche Herzbericht 59.757 CCTA gegenüber 751.971 HKU, nahezu unverändert zu 2018 (754.747) (Deutsche Herzstiftung (Hg.)/Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main 2025).

Angesichts von 538,2 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben im Jahr 2024 und dem periinterventionellen Risiko (Eur Heart J. 2014;35(10):633-8) sollte die invasive HKU daher primär solchen Fällen vorbehalten bleiben, in denen nach Heart-Team-Abstimmung bereits eine therapeutische Konsequenz absehbar ist. Das Zweitmeinungsverfahren für die transarterielle diagnostische HKU stellt das geeignete Instrument dar, die Entwicklung entsprechend der Leitlinien primär hin zur nicht-invasiven Diagnostik bei KHK basierend auf anatomischer Bildgebung (CCTA) und funktioneller Ischämiediagnostik sinnvoll zu steuern (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454). Des Weiteren berücksichtigt ein solches Verfahren entsprechend den seitens des G-BA bereits für diverse andere planbare Eingriffe festgelegten und notwendigen Anspruch von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Sinne eines Vieraugenprinzips.

Wie die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) plädiert auch die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) stark dafür, beide Optionen (Zweitmeinung zu HKU zwecks *Diagnostik* und zwecks *Therapieplanung*) in dem generalisierten Zweitmeinungsverfahren zu

berücksichtigen.

Zum einen, weil diagnostische HKU weiterhin fast die Hälfte aller HKUs ausmachen und gerade diese durch nicht-invasive diagnostische Verfahren zu ersetzen sind (*Option 1*). Hier stimmen wir dem Standpunkt der DKG ausdrücklich nicht zu: Zwar ist die Begründung, dass es sich bei der diagnostischen HKU gemäß NVL nicht mehr um ein leitliniengerechtes Verfahren handelt, grundsätzlich richtig. Ein Zweitmeinungsverfahren ist trotzdem gerade hier notwendig, da die Versorgungsrealität unverändert die unrestringierte Anwendung der diagnostischen HKU widerspiegelt und gerade die fehlende Durchsetzung der NVL durch Selbstzuweisung zur HKU weiterhin Kosten und Risiken in deutschen Krankenhäusern unnötig generiert (Deutsche Herzstiftung (Hg.)/Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main 2025). Das generalisierte Zweitmeinungsverfahren würde es ermöglichen, das formulierte Ziel des G-BA hinsichtlich der Senkung der diagnostischen HKU in der klinischen Regelversorgung durch interdisziplinäre Kooperation umzusetzen (<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1158/>). Außerdem unterstützt es das Ziel des laufenden Projektes IMPRO des G-BA, die Implementierung der CCTA in der klinischen Routine zu optimieren (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/impro.709>).

Zum anderen, weil nicht-invasive diagnostische Verfahren, v. a. die funktionelle Ischämiediagnostik mittels Myokardperfusionsszintigraphie oder kardialer MRT, bei bekannter KHK gemäß Leitlinien (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454) als Verfahren Anwendung finden, geeignete Patientinnen und Patienten zur Revaskularisation zu identifizieren und hier eine wertvolle Alternative zur HKU anbieten (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428 und JACC Cardiovasc Imaging. 2026;19(3):326-341) (*Option 2*). Für beide Optionen sollte zudem die aktuell laufenden Methodenbewertung des G-BA zum Einsatz der kardialen MRT bei Verdacht auf KHK und bekannter KHK entsprechend Berücksichtigung finden (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7708/>).

Für beide Optionen müssen geeignete Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachrichtungen validierend eingesetzt werden. Für Option 1 (diagnostischer HKU) sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin, Herzchirurgie und Allgemeinmedizin zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt sein.

Für Option 2 (therapeutischer HKU) ist eine Validierung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Herzchirurgie obligat, Fachärztinnen und Fachärzte der anderen drei genannten Fachdisziplinen sollen hierbei zur verlustfreien Präsentation der diagnostischen Evaluation im Rahmen eines Heart-Boards analog zum Tumor-Board, herangezogen werden.

Insbesondere nicht invasiv diagnostisch tätige Fachdisziplinen wie die Radiologie und Nuklearmedizin zeichnen sich aus folgenden Gründen in besonderer Weise dafür aus:

1. Umfassende Kenntnis der nicht-invasiven koronaren Diagnostik

Radiologinnen und Radiologen bieten umfassende Kompetenzen in sämtlichen bildgebenden Verfahren, insbesondere in der nicht-invasiven kardiovaskulären Diagnostik (CCTA, kardiale MRT einschließlich Ischämie- und Vitalitätsdiagnostik). Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner führen selbständig nicht-invasive Ischämiediagnostik mittels SPECT und PET durch, wobei die SPECT zu den häufigsten Verfahren der Ischämiediagnostik in Deutschland zählt (Nuklearmedizin 2023; 62(4): 235-243). Damit können diese Fachgruppen sehr genau einschätzen, welches diagnostische Verfahren bei einer Patientin/einem Patienten abhängig von der *Vortestwahrscheinlichkeit*, dem Vorliegen einer KHK bzw. ihrer Ausprägung (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454) sowie individuellen Faktoren wie Herzrhythmusstörungen, BMI oder Nierenfunktion indiziert

ist. Dies schließt somit die in den tragenden Gründen benannten Optionen 1 und 2 mit ein.

Radiologinnen und Radiologen und Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner sind somit Experten darin, Qualität und Grenzen bildgebender Verfahren zu beurteilen und einzuschätzen,

- ob nicht-invasive Untersuchungen ausreichend aussagekräftig waren,
- ob Artefakte oder technische Limitationen vorliegen
- und ob eine zusätzliche HKU einen diagnostischen Mehrwert bringt.

2. Die Radiologie als interventionelles Fach (DEGIR)

Der leitlinienkonforme Einsatz bildgebender, nicht-invasiver Diagnostik und interventioneller Therapie ist Radiologinnen und Radiologen in allen anderen Gefäßterritorien des Körpers – unter anderem im aortalen, neurovaskulären, viszeralen und nicht viszeralen Gefäßsystem sowie im Becken- und Beingefäßbereich – seit Jahren vertraut und wird dort regelhaft umgesetzt. In diesen Territorien ist die Radiologie aktiv interventionell tätig und besitzt somit die Expertise zur Beurteilung der Indikation, aber auch der potentiellen Risiken interventioneller Therapien. Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie haben sich bereits bei diversen durch den G-BA eingeführte Zweitmeinungsverfahren des Herz-Kreislaufsystems bewährt (<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1245/> und <https://www.g-ba.de/service/fachnews/165/>).

3. Objektive, interdisziplinäre Perspektive

Im Koronarterritorium sind Radiologinnen und Radiologen sowie Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner rein diagnostisch ausgerichtet. Diese Unabhängigkeit von therapeutischen Interessen erlaubt eine besonders objektive und kritisch abwägende Indikationsprüfung. Sie können als neutrale, objektive Instanz bewerten, ob die Belastung der Patientinnen und Patienten durch die diagnostische HKU mit ihren im Vergleich zu nicht-invasiven diagnostischen Verfahren deutlich höherem periinterventionellen Risiko (Eur Heart J. 2014;35(10):633-8) tatsächlich gerechtfertigt ist. Unnötige Komplikationen durch invasive Verfahren können nur durch Anwendung nicht-invasiver Diagnostik gänzlich ausgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund ist die Einbindung radiologischer oder nuklearmedizinischer Expertise vor invasiven Verfahren empfehlenswert.

4. Vermeidung ökonomisch gesteuerter Indikationen

Die beabsichtigte Qualitätssteigerung und Reduktion invasiver Untersuchungen kann nur durch Zweitmeinung außerhalb der eigenen Fachrichtung als Korrektiv die gewünschte Wirkung entfalten. Getreu dem Prinzip der Zuweisung, das in der Radiologie und Nuklearmedizin allgegenwärtig ist, wird die rechtfertigende Indikation von einer anderen Facharzttrichtung bestätigt und das unabhängige Vier-Augen Prinzip umgesetzt. Radiologinnen und Radiologen und Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner sind durch ihre Expertise und ihre unabhängige diagnostische Rolle besonders geeignet, die Indikation zur HKU objektiv, unabhängig und patientenorientiert zu prüfen, um sicherzustellen, dass die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik vorher ausgeschöpft und sinnvoll genutzt wurden.

Radiologie und Nuklearmedizin sollten daher eigenständig zur Erbringung der Zweitmeinung

für die transarterielle HKU berechtigt sein. Nur so kann das Ziel des Zweitmeinungsverfahrens, eine ökonomisch getriebene Mengenausweitung zu verhindern, erreicht werden.

Wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin die Zweitmeinung erbringen oder in diese einbezogen werden.

Fachärztinnen und Fachärzte der Radiologie oder Nuklearmediziner sollten die Zweitmeinung erbringen oder bei unklaren Dissens-Situationen schlichtend einbezogen werden.

Wir stimmen mit der in den tragenden Gründen formulierten Annahme überein, dass aus der Versorgungssicht vor allem zwei Fragestellungen relevant sind:

1. ob eine invasive HKU notwendig ist,
2. ob eine Perkutane Koronarintervention notwendig ist.

In den tragenden Gründen wird richtigerweise formuliert, dass „für die erste Fragestellung insbesondere geprüft werden muss, ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden und im Ergebnis die Empfehlung der Durchführung einer invasiven Angiographie nachvollziehbar ist.“

Ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden, können aus unserer Sicht Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin optimal beurteilen. Es ist daher **nicht ausreichend, dass sie nur optional in den Prozess der Zweitmeinungserbringung mit einbezogen werden** können. Vielmehr sollte immer dann, wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, die Expertise der Radiologie bzw. Nuklearmedizin mit einbezogen werden. Bezüglich der Prüfung einer perkutanen Koronarintervention unterstützen wir ausdrücklich das Prinzip der interdisziplinären Konferenz, analog zu den multi-disziplinären Tumorkonferenzen der Onkologie, in denen Disziplinen-übergreifend gemeinsam und einvernehmlich die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Schritte bei jedem Krebserkrankten diskutiert und festgelegt werden. Zwar wurden sogenannte Heart-Teams gegründet, in denen Kardiologen und Kardiochirurgen die Entscheidung zwischen offen-operativer vs. interventioneller Behandlung diskutieren. Für die primäre Frage – ob überhaupt Behandlungsbedarf besteht oder nicht – wäre aber die Erweiterung dieses Teams um zusätzliche Fächer, hier insbesondere die Radiologie und Nuklearmedizin als die Fächer, welche die nicht-invasive Bildgebung beherrschen, zu empfehlen. Diese beiden Fachdisziplinen bieten sich hier primär an, da hier die entsprechende Expertise hinsichtlich funktionell-ischämischer Diagnostik besteht, welche nicht-invasiv zur Indikationsstellung einer revaskularisierenden Therapie (PCI oder Bypass) bei einer Koronarstenose beiträgt und der invasiven Diagnostik mittels HKU-basierter Fraktionellen Flussreserve (FFR) nicht unterlegen ist (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428). Das stärkt die interdisziplinäre Entscheidungsfindung. Wir regen also die Etablierung von „Heart-Boards“ an, deren fachliche Zusammensetzung denen von Tumor-Boards entspricht und welche v. a. bei Zweitmeinungsverfahren nach Option 2 eingesetzt werden soll.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
Beschlussentwurf § 2 Abs. 1	Stellungnahme mit Begründung: Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin sollten eigenständig zur Erbringung der Zweitmeinung für die transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung berechtigt sein. Sie sind aus den in der allgemeinen Stellungnahme dargelegten Gründen (s.o.) dazu in besonderer Weise befähigt und prädestiniert.
	Änderungsvorschlag: Zur Erbringung der Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen gleichermaßen berechtigt, wobei zur Vermeidung von Selbstzuweisung eine fachrichtungsinterne Validierung ausgeschlossen werden sollte. Zweitmeinungsberechtigte Fachdisziplinen in alphabetischer Reihenfolge: - Allgemeinmedizin oder - Herzchirurgie oder - Kardiologie oder Innere Medizin und Kardiologie oder - Nuklearmedizin oder - Radiologie
Beschlussentwurf § 2 Abs. 3	Stellungnahme mit Begründung: Ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden, können Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie oder Nuklearmedizin optimal beurteilen, da dies die Aufgabe dieser Fachgruppen in allen anderen Organsystemen ist. Daher soll immer dann, wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, die Expertise der Radiologie bzw. Nuklearmedizin mit einbezogen werden.
	Änderungsvorschlag: <i>Bzgl. Option 1 (gemäß DKG):</i> Jede kardiologische Indikationsstellung einer diagnostischen LHK bei KHK ist durch Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin, Herzchirurgie oder Allgemeinmedizin zu überprüfen, um zu evaluieren, ob die Möglichkeiten der leitlinienkonformen nicht-invasiven KHK-Diagnostik ausgeschöpft worden sind. <i>Bzgl. Option 2 (gemäß DKG):</i> In den speziellen Fällen, in denen die nicht-invasive KHK-Diagnostik (bspw. Planung CABG) für nicht ausreichend gehalten wird und ein LHK zu diagnostischen Zwecken durchgeführt

	werden soll, soll die Zweitmeinung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Herzchirurgie oder der oben genannten Fachdisziplinen erbracht werden. Dies ermöglicht die interdisziplinäre Besprechung im Rahmen eines Heart-Boards, analog zum Tumor-Board.
--	---

5. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004l_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf

https://epaper.herzstiftung.de/epaper/36_DHxB_2025.pdf<https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/10/633/430463?login=true>

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/10/633/430463>

<https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/36/3415/7743115>

https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001030?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1245/>

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/impro.709>

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1716734>

<https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jcmg.2025.10.015>

<https://www.g-ba.de/service/fachnews/165/>

<https://www.g-ba.de/beschluesse/7708/>

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-2084-7454>

Entwurf, Stand: 01.07.2026,

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Inhalt

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	8. Mai 2026	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGN) <i>[entspricht Stellungnahme der DRG, siehe Lfd. Nr. 4]</i>	19. Mai 2026	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)	20. Mai 2026	Stellungnahme
Deutsche Röntgen Gesellschaft e.V. (DRG) <i>[entspricht Stellungnahme der DGN, siehe Lfd. Nr. 2]</i>	20. Mai 2026	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einem schriftlichen Verfahren in der Arbeitsgruppe vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am **1. Juli 2026** durchgeführt.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
1.	DEGAM / 8. Mai 2026	Allgemeine Anmerkung: In Deutschland herrscht – trotz leicht abnehmender Tendenz - im Vergleich zu anderen industrialisierten Ländern eine erhebliche Überversorgung mit Koronarangiographien und perkutanen koronaren Interventionen (PCI). In großen Übersichtsarbeiten hat es sich gezeigt, dass eine PCI mit Stent bei stabiler KHK/chronischem Koronarsyndrom allenfalls symptomatisch wirksam sein kann. Die Lebenserwartung wird dadurch aber im Vergleich zu einer optimalen medikamentösen Therapie nicht verbessert. Im Sinn des Abbaus dieser beschriebenen Überversorgung ist aus Sicht der DEGAM die Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens unbedingt zu begrüßen. Zumal Hausärztinnen und Hausärzte sehr häufig die Erfahrung machen müssen, dass a) die Empfehlung der Nationalen VersorgungsLeitlinie, von einer Koronarangiographie	GKV-SV: Zustimmungende Kenntnisnahme KBV: Die Ausführungen der DEGAM hier werden als Erläuterung der Vorschläge im Stellungnahmeverfahren verstanden. Art und Umfang der Ausführungen machen aber deutlich, dass weitgehend konkrete und selektive Einzelzitate aus der NVL in den tragenden Gründen kenntlich gemacht und nur im Kontext mit anderen relevanten, qualitativ hochwertigen Leitlinien zu bewerten sind,-da ansonsten der Eindruck entsteht, dass ausschließlich die Szenarien der zitierten NVL zum Ansatz kommen dürfen. Siehe erläuternde Kommentierung. KBV: Auch hier gilt, dass die Empfehlungen aller relevanten evidenzbasierten Leitlinien zu berücksichtigen sind. Das Zitat einer einzigen Leitlinie, hier der NVL, würde diese zur Richtlinie machen was eine unzulässige Reduktion des individuellen

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		abzusehen, wenn die Patientinnen und Patienten nicht zu einer Bypass-Operation bereit wären, nur sehr selten umgesetzt wird – laut Deutschem Herzbericht [1] ist die Zahl an Bypass-Operationen von 2019 auf 2023 von 34.224 um 15,3% auf 28.996 zurückgegangen – bei zuletzt 353.512 perkutanen koronaren Interventionen. b) nur sehr selten bei symptomatischen Personen mit stabiler KHK nach einer diagnostischen Koronarangiographie ein Herz-Team unter Einbezug der Kardiochirurgie interdisziplinär berät - mit der Folge, dass z.B. bei Mehrgefäßerkrankung nacheinander mehrere betroffene Gefäße dilatiert werden – wiederum mit der Folge, dass eine dann doch notwendige Bypass-Operation durch mehrere liegende Stents erschwert wird. Und zumal mit dem Ergebnis der von der Bundesgesundheitsministerin beauftragten FinanzKommission Gesundheitswesen [2] vermehrt Zweitmeinungsverfahren bei unnötig häufig durchgeführten medizinischen Prozeduren herangezogen werden sollen.	Entscheidungsraums zur Folge hätte. Es ist unstrittig so, dass es verschiedene evidenzbasierte Leitlinien zum vorliegenden Thema gibt, die unterschiedliche Risikostratifizierungen und dem folgend Empfehlungen enthalten. Die Zweitmeinungsrichtlinie und deren tragende Gründe sind nicht der richtige Ort, um festzulegen, wann welche Empfehlung alleine gelten kann oder gilt, diese sind in Bezug auf den Patienten individuell vom Arzt zu treffende Entscheidungen. Dieser Kommentar gilt ebenso für die radiologischen Stellungnahmen.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Durch regelhafte Durchführung des DMP KHK besteht bei Fachärztinnen und Fachärzten aus der hausärztlichen Versorgungsebene ausreichende Expertise zur Einschätzung eines weitergehenden Diagnostik- oder Interventionsbedarfs sowie eine regelhafte spezifische Fortbildungspflicht. Die Durchführung der entsprechenden DMPs ist damit die adäquate Voraussetzung für die Genehmigung zum Zweitmeinungsverfahren und kann flächendeckend gewährleistet werden.	KBV: Dies ist Vorgriff auf ein noch nicht existierendes Gesetz. Was strebt die DEGAM mit diesem Hinweis an? PatV: Kenntnisnahme. Die Empfehlungen der FinanzKommission sind zudem nicht Gegenstand des Stellungnahme-Verfahrens. DKG: Die DKG nimmt die Stellungnahme der DEGAM dankend zur Kenntnis. Die Ausführungen der DEGAM zur Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit chronischem Koronarsyndrom bestätigen die vom IQWiG aufgezeigte Tendenz einer Mengenausweitung bei Herzkatheteruntersuchungen (HKU)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
			und perkutanen koronaren Interventionen (PCI) und illustrieren anschaulich die möglichen Konsequenzen für Patientinnen und Patienten. Die DEGAM führt die hohe Anzahl an HKU und PCI in Deutschland auf eine mangelnde Berücksichtigung von Leitlinienempfehlungen zurück und sieht in einem Zweitmeinungsverfahren einen geeigneten Weg dem zu begegnen. Sie weist darauf hin, dass Fachärztinnen und Fachärzte aus der hausärztlichen Versorgungsebene, die das Disease-Management-Programm „Koronare Herzkrankheit“ anbieten, als Zweitmeiner geeignet wären
		2. Die DKG schlägt vor, das Zweitmeinungsverfahren ausschließlich auf Koronarangiographien im Rahmen einer Therapieplanung zu beschränken. Die rein diagnostische Koronarangiographie sei kein Standardverfahren mehr, weil es in der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) KHK [3] nicht mehr empfohlen werde. Die DEGAM begrüßt zunächst außerordentlich, dass die DKG hier auf die NVL KHK referenziert – es hatten ja nicht alle beteiligten Fachgesellschaft am Schluss des Verfahrens die NVL	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. Der Vorschlag das Zweitmeinungsverfahren auf Eingriffe zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention zu beziehen wird befürwortet. GKV-SV: Zustimmung zur Präzisierung der Darstellung von Vortestwahrscheinlichkeiten von bis 50% in den Tragenden Gründen. Der von GKV-SV getragene Satz (S. 10) „Falls die Vortestwahrscheinlichkeit für eine KHK einer Patientin oder

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		mit unterzeichnet. Sie sieht es aber ausgesprochen kritisch, das Zweitmeinungsverfahren nicht auch auf diagnostische Koronarangiographien zu beziehen. Dem Herzbericht 2025 [1] ist es zu entnehmen, dass im Jahr 2023 neben 353.512 PCI insgesamt 688.955 Koronarangiographien stattgefunden hatten – in über 300.000 Fällen also rein diagnostische Verfahren (dem gegenüber als noch neues Verfahren nur 60.000 von der NVL KHK vorrangig empfohlene koronare Computertomographien (CCTA)). Allein diese Zahl unterstreicht eindrucksvoll die Notwendigkeit einer wirksamen Mengensteuerung. Insofern unterstützt die DEGAM eindeutig die Positionierung von GKV-SV, KBV und PatV. Die DEGAM unterstützt die Formulierung des GKV-SV: „In der Regel wird eine invasive Koronarangiographie zu nur diagnostischen Zwecken nicht empfohlen“. Wie auch GKV-SV, KNV und PatV hält die DEGAM eine vorgelegte ergebnisoffene Information der Patientinnen und Patienten und geteilte Entscheidungsfindung für sinnvoll und	eines Patienten bei bis zu 50% liegt, soll zunächst eine Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) durchgeführt werden [2]“ wird wie folgt gefasst: „Falls die Vortestwahrscheinlichkeit für eine KHK einer Patientin oder eines Patienten zwischen 15 und 50% liegt, soll zunächst eine Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) durchgeführt werden [2].“ KBV: siehe Kommentar oben. Die Zweitmeinung ist keine Ersatzleitlinie. Für die Beratung gibt es keine inhaltlichen Vorgaben. GKV-SV: Zustimmung zur Streichung der Ausführungen in den Tragenden Gründen zu hohen Vortestwahrscheinlichkeiten unter 85%. Streichung des von GKV-SV, KBV und PatV getragenen Satzes (TG, S. 12): „Ein koronarangiographisches Vorgehen kann aber auch in anderen Fallkonstellationen und auch bei niedrigeren Vortestwahrscheinlichkeiten als 85% gegebenenfalls sinnvoll sein, abhängig von der konkreten patientenindividuellen Situation und der Risikostratifizierung.“ KBV: Beibehaltung des zuvor genannten Satzes, Wegfall der Nennung des GKV-SV als die Aussage mittragende Bank.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		machbar – schließlich gibt es dafür bereits aus dem Verfahren zur NVL KHK entsprechende Entscheidungshilfen [4] als Grundlage für eine gemeinsame Entscheidung. Die DEGAM teilt die Einschätzung von GKV-SV und KBV, dass nicht-invasive diagnostische Verfahren (u.a. Myokardszintigraphie und koronare Computertomographie) nicht für Mengenausweitungen anfällig sind. Diese beiden Verfahren sollten darum auch nicht mit in das Zweitmeinungsverfahren einbezogen werden. Aus Sicht der DEGAM ist der Vorschlag von KBV und DKG nicht nachvollziehbar, den Entwurf des GKV-SV zu streichen, dass bei einer Vortest-Wahrscheinlichkeit von bis zu 50% vorrangig eine CCTA durchgeführt werden solle. Schließlich handelt es sich hier um eine der zentralen Diagnostik-Empfehlungen der NVL KHK und steht auch im Einklang mit internationalen Empfehlungen und Gepflogenheiten. Es sollte allerdings aus Sicht der DEGAM korrekterweise eingegrenzt werden auf eine mittlere Vortest-Wahrscheinlichkeit (VTW) von 15-50%. Aus Sicht der DEGAM ist allerdings, wenn auch in Studien wie DISCHARGE [5] nicht untersucht, eine Gleichwertigkeit einer	KBV: wann sollen wir hier der Evidenz, und wann plausiblen Einschätzungen folgen? Es gibt weitere evidenzbasierte Leitlinien, die zu abweichenden Empfehlungen kommen. Die von

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		CCTA auch bei einer hohen VTW so plausibel, dass auch hier der CCTA mindestens eine gleichwertige Option darstellt – vorausgesetzt: es handelt sich um eine stabile koronare Situation. Darum unterstützt die DEGAM an dieser Stelle den Vorschlag der DKG, den von GKV-SV, KBV und PatV formulierten Passus zu streichen, bei einer sehr hohen VTW eine Koronarangiographie zu präferenzieren – die Wahrscheinlichkeit des Nutzens einer perkutanen Intervention hängt nicht von der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer KHK ab, sondern davon, ob die KHK stabil ist oder nicht.	der DEGAM in ihren Texten ausgeführte Nennung von Problemen im Konsensusverfahren der NVL macht deutlich, dass es verschiedene Evidenz gibt, und dass die Festlegungen der NVL insofern – wie die anderen Leitliniengruppen auch – wertende Entscheidungen sind. Somit ist klar, dass die selektive Anführung der NVL nicht ausreicht, um die Anforderungen an die Beratung und die Setzung von Prozenträngen als einzig mögliche Grenze festzulegen. Die Beratung und Empfehlung ärztlicher Entscheidungen soll evidenzbasiert in Bezug auf den konkreten Patienten sein, und hier sind erhebliche Abweichungen möglich. DKG Die DEGAM argumentiert, dass es vor dem Hintergrund der Hinweise auf eine anhaltende Nutzung von HKU zu rein diagnostischen Zwecken gerechtfertigt sei, ein Zweitmeinungsverfahren für ebensolche HKU einzuführen, auch wenn sie gemäß Nationaler VersorgungsLeitlinie (NVL) in vielen Fällen nicht mehr indiziert sein dürften. Die DKG hatte sich den Tragenden Gründen bei Einleitung

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
			des gewillkürten Stellungnahmeverfahrens nicht angeschlossen, da zunächst zu klären war, welche Eingriffe mit dem Zweitmeinungsverfahren adressiert werden sollen. Entsprechend sollte das Stellungnahmeverfahren die fachliche Diskussion und Einschätzung der Stellungnehmenden zur konkreten Ausrichtung des Zweitmeinungsverfahrens ermöglichen. Verschiedene Optionen hatte die DKG unter „Eckpunkte der Entscheidung“ dargelegt. Die fachlichen Hinweise der Fachgesellschaften zu einzelnen Ausführungen in den Tragenden Gründen können bei Erstellung der finalen Tragende Gründe, die den letztlich vom G-BA getroffen Beschluss zur Ausgestaltung des Zweimeinungsverfahrens zu HKU begründen werden, Berücksichtigung finden.
		Eingriff 14 Die DEGAM unterstützt den Vorschlag von GKV-SV, KBV und PatV, dass sich ein Zweitmeinungsverfahren nicht ausschließlich auf Koronarangiographien bezieht, sondern auch auf perkutane Interventionen (PCI). In Deutschland werden pro	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. Der Vorschlag das Zweitmeinungsverfahren auf Eingriffe zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention zu beziehen wird befürwortet.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Jahr mit leicht abnehmender Tendenz aktuell knapp 700.000 stationäre Koronarangiographien und gut 350.000 stationäre PCI durchgeführt. Während im internationalen Vergleich auf einen Bypass drei Stents kommen, sind es in Deutschland 10 – ein starker Hinweis auf eine erhebliche Überversorgung. [3]. Dabei verbessert bei stabiler KHK/chronischem Koronarsyndrom eine PCI im Vergleich zu einer optimalen medikamentösen Therapie die Prognose nicht [6].	PatV: Zustimmende Kenntnisnahme DKG: Die Ausführungen der DEGAM weisen darauf hin, dass auch bei PCI eine Mengenausweitung zu vermuten ist.
		§2 (2) Die DEGAM unterstützt den Vorschlag von GKV-SV und DKG, dass auch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zum Zweitmeinungsverfahren hinzugezogen werden sollen. Sie kennen die Patientinnen und Patienten lange und wissen häufig um deren Komorbiditäten, Einstellungen und Werte. Als nicht intervenierende Fachgruppe können sie auch völlig ohne eigene konkurrierende berufliche Interessen beraten. Somit sind sie sogar die zu präferierende Berufsgruppe für das Zweitmeinungsverfahren. Sie stellt hier auch eine suffiziente personelle Ressource dar, falls Zweitmeinungsverfahren	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. Der Vorschlag, die Allgemeinmedizin ggf. einzubeziehen wird befürwortet. KBV: Die KBV hält den Vorschlag der DEGAM für nicht umsetzbar, die Sachlage zur Situation in der Zweitmeinung scheint nicht klar genug erfasst worden zu sein. Ein Recht auf Einholung einer Zweitmeinung wird durch eine Empfehlung des Erstmeiners zum Eingriff ausgelöst. In der Regel – soweit wird der DEGAM hier gefolgt – dürfte ein Hausarzt der Erstmeiner sein. Die DEGAM möge bitte erläutern, wie sie die konkrete Beratungssituation von einem Hausarzt mit einem

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		gemäß Vorschlag der FinanzKommission verpflichtend werden sollen. Zumindest wenn es um diagnostische Koronarangiographien geht, sollten nach Auffassung der DEGAM auch Ärzt*innen für Radiologie und für Nuklearmedizin in ein Zweitmeinungsverfahren mit einbezogen werden können, bieten sie doch mit CCTA und Myokardszintigraphie alternative Verfahren zur Diagnostik einer signifikanten KHK.	anderen Hausarzt begründet, und wo der fachliche Vorteil für den Patienten liegen soll. Ferner bitten wir um eine Einschätzung, wie diese Beratungen organisiert werden sollen. DKG: Die DEGAM legt überzeugende Argumente dafür dar, auch die Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Radiologie und Nuklearmedizin für das Zweitmeinungsverfahren vorzusehen.
		§2 (3) Die DEGAM unterstützt die Position von GKV-SV, DKG und KBV zur Formulierung, welche Fachgruppen zur Zweitmeinung hinzugezogen werden sollten: „Die Zweitmeinung soll von einer Fachärztin oder einem Facharzt nach Absatz 1 Nummer 2 erbracht werden, wenn die Indikationsstellung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt nach Absatz 1 Nummer 2 erfolgt ist. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 sollen Fachärztinnen oder Fachärzte nach Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 die Zweitmeinung interdisziplinär erbringen, wenn aus der Indikationsstellung	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. Der Vorschlag, die Zweitmeinung dann interdisziplinär zwischen Kardiologie und Herzchirurgie zu erbringen, wenn jeweils das von der anderen Fachgruppe durchgeführte Verfahren in Frage kommt wird befürwortet. Zustimmende Kenntnisnahme, hier keine „Gleichwertigkeit“ der Alternativen als Kriterium zu fordern. KBV: Zustimmung, solange die Fachgruppen nicht ausgeweitet werden, da sonst eine Silo-Situation erzeugt wird.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		zum Eingriff ersichtlich ist, dass beide invasiven Therapieverfahren (Per- kutan- transluminale Koronargefäßintervention - PCI oder aortoko- ronare Bypass-Operation - ACB) eine [KBV: gleichwertige] Option darstellen.“ In der Regel sind beide Therapie-Optionen aber nicht gleich- wertig, sondern die Bypass-Operation ist meist überlegen [7] Im Übrigen ist eine interdisziplinäre Erbringung einer Zweit- meinung bei Durchführung durch die Allgemeinmedizin nicht erforderlich, weil dieses Fach prinzipiell interdisziplinäre As- pekte berücksichtigt Den Vorschlag der DKG, die Formulierung von GKV-SV, KBV und PatV zu streichen, bei Eingriffen zur perkutanen Korona- rangiographie die Notwendigkeit einer gemeinsamen Ent- scheidungsfindung zu streichen, kann die DEGAM nicht nach- vollziehen – liegt doch – neben der schon juristisch gebote- nen Erfordernis [8] umfangreiche Evidenz für den Nutzen ge- meinsamer Entscheidungsfindung gerade in der Kardiologie	GKV-SV: Zustimmung zu Kenntnisnahme zu den Ausführungen des Stellungnehmenden zu den in den Tragenden Gründen diskutierten Sachverhalten.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		vor [9], [10], [11]. Hinsichtlich des Anlasses für ein Zweitmeinungsverfahren unterstützt die DEGAM die Position des GKV-SV und hinterfragt kritisch die Formulierung der KBV „eine Situation, in der die Patientin oder der Patient regelhaft kardiologisch weiter zu untersuchen ist und es auf eine Einschätzung der Herz-Kreislauf-Funktion ankommt, die vorrangig im kardiologischen Facharztbereich liegt.“ Es gibt hier eine starke Negativ-Empfehlung in der NVL KHK [1]: 4-2 „Bei asymptomatischen Patient*innen soll im Rahmen der Verlaufsbeobachtung keine spezielle kardiale Diagnostik (einschließlich Ergometrie, Echokardiographie) zur Abklärung der stenosierenden KHK erfolgen. War die Empfehlung in der NVL noch rein konsensbasiert gegeben und geschrieben worden „Studien, die diese Verlaufsbeobachtung evaluieren, sind der Leitliniengruppe nicht bekannt.“, kann die starke Negativ-Empfehlung inzwischen mit Evidenz belegt werden [12].	KBV: Hält die DEGAM diese Situation für nicht möglich? Wo sieht die DEGAM die Abgrenzung zwischen der Facharztkompetenz Hausarzt vs. Kardiologe, und wie will die DEGAM sicherstellen, dass Hausärzte, die fokussiert auf die NVL bezogen arbeiten sollen, sicherstellen, dass kardiologische Empfehlungen erwogen oder berücksichtigt werden, die in der NVL nicht enthalten sind? KBV: siehe unseren Kommentar zu Beginn zur Situation des Erstmeiners. DKG: Die DEGAM stimmt dem Vorschlag zu, die Zweitmeinung interdisziplinär unter Beteiligung der Fachrichtungen Innere Medizin und Kardiologie sowie Herzchirurgie zu erbringen, wenn die HKU im Rahmen der Therapieplanung stattfindet

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
			und eine Wahl der Therapie (PCI oder Bypass) stattfinden soll, wobei sie darauf hinweist, dass diese Therapieoptionen nicht gleichwertig sind.
		3. Ggf. Literaturverzeichnis 1) Deutscher Herzbericht 2025 - https://epaper.herzstiftung.de/#0 – letzter Zugriff am 26.4.2026 2) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf - letzter Zugriff am 26.4.2026 3) Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Chronische KHK. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-004, letzter Zugriff am 24.4.2026 4) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Koronare Herzkrankheit - Welche Untersuchungen kommen für mich in Frage? https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-004pi3_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf, letzter Zugriff am 24.4.2026 5) Maurovich-Horvat P, Bossert M, Kofoed K et al. for the DISCHARGE trial group. CT or Invasive Coronary Angiography. in Stable Chest PainN Engl J Med 2022;386:1591-1602	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		6) Shah R, Nayyar M, Le F et al. A meta-analysis of optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention in patients with stable coronary artery disease. <i>Coronary Artery Disease</i> 2022, 33:91–97 - https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/33878073/ 7) Gaudino M, Hameed I, Farkouh M et al. Overall and Cause-Specific Mortality in Randomized Clinical Trials Comparing Percutaneous Interventions With Coronary Bypass Surgery. A Meta-analysis. <i>JAMA Intern Med.</i> doi:10.1001/jamainternmed.2020.4748 8) Patientenrechtegesetz - § 630d Einwilligung und §630e Aufklärungspflichten. https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630d.html und https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630e.html – letzter Zugriff am 24.4.2026	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		9) Mitropoulou P, Grüner-Hegge N, Reinhold J, Papadopoulou C. Shared decision making in cardiology: a systematic review and meta-analysis. Heart. 2023;109:34-39. 10) Harris E, Benham A, Stephenson J, et al. Patient decision aids for aortic stenosis and chronic coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Nurs. 2024;23:561-581. 11) Sephien A, Dayto DC, Reljic T, et al. Efficacy of Decision Aids in The Use of Left Ventricular Assist Device in Patients With Advanced Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. Am J Cardiol. 2024;211:255-258 12) Park DW, Kang DY, Ahn JM et al for the POST-PCI-Investigators. N Engl J Med 2022;387:905-915	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
2.	DGN/ 19. Mai 2026 <i>[entspricht Stellungnahme der DRG, siehe Lfd. Nr. 4]</i>	Allgemeine Anmerkung Vor dem Hintergrund einer im internationalen Vergleich weiterhin hohen Zahl diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland und des wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen ist eine konsequent nicht-invasive Steuerung der KHK-Diagnostik geboten. Mit dem G-BA Beschluss vom 18. Januar 2024 wurde die CT-Koronarangiographie (CCTA) in die Regelversorgung aufgenommen und ausdrücklich das Ziel formuliert, die Zahl diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen (HKU) zu senken. Zugleich wurde betont, dass entsprechende invasive Untersuchungen in Deutschland bislang nahezu doppelt so häufig wie in anderen europäischen Ländern durchgeführt werden. Obwohl die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische KHK feststellt, dass die HKU zur Diagnostik nicht mehr indiziert ist (nvl-004 S3 Chronische-KHK 2024-09.pdf), bleibt die Anwendung der nicht-invasiven KHK-Diagnostik und der CCTA in Deutschland weiterhin unzureichend: Für 2023 berichtet der	GKV-SV: Der Vorschlag das Zweitmeinungsverfahren auf Eingriffe zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention zu beziehen wird befürwortet. Der Vorschlag, zwei separate („diagnostische“ vs. „therapeutische“ Indikation) Indikationen grundsätzlich zu differenzieren wird nicht aufgegriffen, da diese zunächst auf dieselbe Untersuchung verweisen, die ggf. (einzeitige- bzw adHoc-PCI) zu einem therapeutischen Eingriff erweitert werden kann. Dies entspricht auch Darstellungen in der Stellungnahme der DGTHG und DGK. Es ist eine Aufgabe im Rahmen der Zweitmeinung, zu prüfen, ob eine solche Erweiterungen bei der Indikationsstellung bereits angelegt bzw. als Möglichkeit bedacht wird. Abhängig davon kann ggf. Expertise auch anderer Fachgebiete nach § 2 Absatz 2 einbezogen werden. Um dies im Sinne der Stellungnahme verbindlicher zu gestalten, wird in § 2 Absatz 3 ein Satz 4 angefügt: „Ist aus der Indikationsstellung zum Eingriff

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Deutsche Herzbericht 59.757 CCTA gegenüber 751.971 HKU, nahezu unverändert zu 2018 (754.747) (Deutsche Herzstiftung (Hg.)/Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main 2025). Angesichts von 538,2 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben im Jahr 2024 und dem periinterventionellen Risiko (Eur Heart J. 2014;35(10):633-8) sollte die invasive HKU daher primär solchen Fällen vorbehalten bleiben, in denen nach Heart-Team-Abstimmung bereits eine therapeutische Konsequenz absehbar ist. Das Zweitmeinungsverfahren für die transarterielle diagnostische HKU stellt das geeignete Instrument dar, die Entwicklung entsprechend der Leitlinien primär hin zur nicht-invasiven Diagnostik bei KHK basierend auf anatomischer Bildgebung (CCTA) und funktioneller Ischämiediagnostik sinnvoll zu steuern (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454). Des Weiteren berücksichtigt ein solches Verfahren entsprechend den seitens des G-BA bereits für diverse andere planbare Eingriffe festgelegten und notwendigen Anspruch von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Sinne eines Vieraugenprinzips.	nicht ersichtlich, dass bereits ein Therapieverfahren geplant ist, so sind Fachärztinnen oder Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin gemäß § 2 Absatz in den Prozess der Zweitmeinungserbringung einzubeziehen.“ KBV: Die Verwendung des Begriffs „invasive Diagnostik“ erfolgt in den Kommentaren leider unscharf. Der Begriff „invasiv“ wird hier nur auf die Herzkatheteruntersuchung bezogen. Damit wird der Eindruck erweckt, dass eine Untersuchung mit Gefäßzugang und Gabe von Kontrastmitteln (Jodhaltig oder andere) keine Intervention sei. KBV: Die radiologischen Fachgesellschaften sollen bitte erklären, warum sie hier alle Ausgaben des gesamten Gesundheitssystems auf die zur Diskussion stehende Indikation beziehen. KBV: Heart-Teams werden am Ende einer Kette tätig, in der diverse Befunde vorliegen müssen, um zu einer Empfehlung zu kommen. Gerade für eine Entscheidung zu einem operativen Vorgehen wird oftmals, wenn nicht sogar regelhaft, eine

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Wie die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) plädiert auch die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) nachdrücklich dafür, beide Optionen (Zweitmeinung zu HKU zwecks <i>Diagnostik</i> und zwecks <i>Therapieplanung</i>) in dem generalisierten Zweitmeinungsverfahren zu berücksichtigen. Zum einen, weil diagnostische HKU weiterhin fast die Hälfte aller HKUs ausmachen und gerade diese durch nicht-invasive diagnostische Verfahren zu ersetzen sind (<i>Option 1</i>). Hier stimmen wir dem Standpunkt der DKG ausdrücklich nicht zu: Zwar ist die Begründung, dass es sich bei der diagnostischen HKU gemäß NVL nicht mehr um ein leitliniengerechtes Verfahren handelt, grundsätzlich richtig. Ein Zweitmeinungsverfahren ist trotzdem gerade hier notwendig, da die Versorgungsrealität unverändert die unrestringierte Anwendung der diagnostischen HKU widerspiegelt und gerade die fehlende Durchsetzung der NVL durch Selbstzuweisung zur HKU weiterhin Kosten und Risiken in deutschen Krankenhäusern unnötig generiert (Deutsche Herzstiftung (Hg.)/Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main 2025). Das generalisierte Zweitmeinungsverfahren würde es ermöglichen, das formu-	anatomisch-funktionelle Voruntersuchung mittels diagnostischem Herzkatheter benötigt. KBV: Ferner ist zu beachten, dass die Anzahl der durchgeführten diagnostischen Herzkatheter dadurch in den letzten Jahren scheinbar gesteigert wurde, dass eigentlich obligat eine funktionelle Untersuchung zur Durchflussmengenbestimmung vorzunehmen ist, mit der die Indikation zur Intervention bestätigt wird oder fallen gelassen wird. Somit trägt die Kombination Herzkatheter plus FFR-Messung entscheidend dazu bei, eine Therapieentscheidung unter Kenntnis der funktionellen Durchblutungssituation zu finden. Alle nicht-funktionellen radiologischen Verfahren leisten dies prinzipbedingt nicht. KBV: Meinen die radiologischen Fachgesellschaften hier nur nicht invasive, oder auch funktionelle Verfahren? Nicht invasive und gleichzeitig nicht-funktionelle Verfahren sind nicht automatisch ein Ersatz für funktionelle Verfahren.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		lierte Ziel des G-BA hinsichtlich der Senkung der diagnostischen HKU in der klinischen Regelversorgung durch interdisziplinäre Kooperation umzusetzen (https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1158/). Außerdem unterstützt es das Ziel des laufenden Projektes IMPRO des G-BA, die Implementierung der CCTA in der klinischen Routine zu optimieren (https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/impro.709). Zum anderen, weil nicht-invasive diagnostische Verfahren, v. a. die funktionelle Ischämiediagnostik mittels Myokardperfusionsszintigraphie oder kardialer MRT, bei bekannter KHK gemäß Leitlinien (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454) als Verfahren Anwendung finden, geeignete Patientinnen und Patienten zur Revaskularisation zu identifizieren und hier eine wertvolle Alternative zur HKU anbieten (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428 und JACC Cardiovasc Imaging. 2026;19(3):326-341) (<i>Option 2</i>). Für beide Optionen sollte zudem die aktuell laufenden Methodenbewertung des G-BA zum Einsatz der kardialen MRT bei	KBV: der Hinweis hier wirft die Frage auf, ob dieser Beschluss hier derzeit überhaupt getroffen werden kann.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Verdacht auf KHK und bekannter KHK entsprechend Berücksichtigung finden (https://www.g-ba.de/beschluesse/7708/). Für beide Optionen müssen geeignete Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachrichtungen validierend eingesetzt werden. Für Option 1 (diagnostischer HKU) sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin, Herzchirurgie und Allgemeinmedizin zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt sein. Für Option 2 (therapeutischer HKU) ist eine Validierung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Herzchirurgie obligat, die anderen 3 genannten Fachdisziplinen können dafür optional und zur verlustfreien Präsentation der diagnostischen Evaluation im Rahmen eines Heart-Boards analog zum Tumor-Board, herangezogen werden. Insbesondere nicht invasiv diagnostisch tätige Fachdisziplinen wie die Radiologie und Nuklearmedizin zeichnen sich aus folgenden Gründen in besonderer Weise dafür aus: 1. Umfassende Kenntnis der nicht-invasiven koronaren Diagnostik	KBV: Inwiefern sind die hier genannten Fachgruppen regelmäßig in die langfristige Nachbetreuung der betreffenden Patienten eingebunden? Wie kann die Beratung der Patienten auf Langzeitfolgen abgestützt werden, die in den hier zitierten diagnostischen oder interventionellen Studien nicht abgebildet sind?

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Radiologinnen und Radiologen bieten umfassende Kompetenzen in sämtlichen bildgebenden Verfahren, insbesondere in der nicht-invasiven kardiovaskulären Diagnostik (CCTA, kardiale MRT einschließlich Ischämie- und Vitalitätsdiagnostik). Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner führen selbständig nicht-invasive Ischämiediagnostik mittels SPECT und PET durch, wobei die SPECT zu den häufigsten Verfahren der Ischämiediagnostik in Deutschland zählt (Nuklearmedizin 2023; 62(4): 235-243). Damit können diese Fachgruppen sehr genau einschätzen, welches diagnostische Verfahren bei einer Patientin/einem Patienten abhängig von der <i>Vortestwahrscheinlichkeit</i>, dem Vorliegen einer KHK bzw. ihrer Ausprägung (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454) sowie individuellen Faktoren wie Herzrhythmusstörungen, BMI oder Nierenfunktion indiziert ist. Dies schließt somit die in den tragenden Gründen benannten Optionen 1 und 2 mit ein. Radiologinnen und Radiologen und Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner sind somit Experten darin,	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Qualität und Grenzen bildgebender Verfahren zu beurteilen und einzuschätzen, - ob nicht-invasive Untersuchungen ausreichend aussagekräftig waren, - ob Artefakte oder technische Limitationen vorliegen - und ob eine zusätzliche HKU einen diagnostischen Mehrwert bringt. 2. Die Radiologie als interventionelles Fach (DEGIR) Der leitlinienkonforme Einsatz bildgebender, nicht-invasiver Diagnostik und interventioneller Therapie ist Radiologinnen und Radiologen in allen anderen Gefäßterritorien des Körpers – unter anderem im aortalen, neurovasculären, viszeralen und nicht viszeralen Gefäßsystem sowie im Becken- und Beingefäßbereich – seit Jahren vertraut und wird dort regelhaft umgesetzt. In diesen Territorien ist die Radiologie aktiv interventionell tätig und besitzt somit die Expertise zur Beurteilung der Indikation,	KBV: Worin unterscheiden sich invasive Untersuchungen, die von Radiologen oder Kardiologen durchgeführt werden?

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		aber auch der potentiellen Risiken interventioneller Therapien. Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie haben sich bereits bei diversen durch den G-BA eingeführte Zweitmeinungsverfahren des Herz-Kreislaufsystems bewährt (https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1245/ und https://www.g-ba.de/service/fachnews/165/). 3. Objektive, interdisziplinäre Perspektive Im Koronarterritorium sind Radiologinnen und Radiologen sowie Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner rein diagnostisch ausgerichtet. Diese Unabhängigkeit von therapeutischen Interessen erlaubt eine besonders objektive und kritisch abwägende Indikationsprüfung. Sie können als neutrale, objektive Instanz bewerten, ob die Belastung der Patientinnen und Patienten durch die diagnostische HKU mit ihren im Vergleich zu nicht-invasiven diagnostischen Verfahren deutlich höherem periinterventionellen Risiko (Eur Heart J. 2014;35(10):633-8) tatsächlich gerechtfertigt ist. Unnötige Komplikationen	KBV: Was genau befähigt die Radiologen gemäß WBO, eine Entscheidung über die Risiken und Vorteile einer kardiologischen Maßnahme festzustellen? In welchem Abschnitt der radiologischen WBO wird dieses kardiologische Fachwissen erworben?

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		durch invasive Verfahren können nur durch Anwendung nicht-invasiver Diagnostik gänzlich ausgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund ist die Einbindung radiologischer oder nuklearmedizinischer Expertise vor invasiven Verfahren empfehlenswert. 4. Vermeidung ökonomisch gesteuerter Indikationen Die beabsichtigte Qualitätssteigerung und Reduktion invasiver Untersuchungen kann nur durch Zweitmeinung außerhalb der eigenen Fachrichtung als Korrektiv die gewünschte Wirkung entfalten. Getreu dem Prinzip der Zuweisung, das in der Radiologie und Nuklearmedizin allgegenwärtig ist, wird die rechtfertigende Indikation von einer anderen Facharzttrichtung bestätigt und das unabhängige Vier-Augen Prinzip umgesetzt. Radiologinnen und Radiologen und Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner sind durch ihre Expertise und ihre unabhängige diagnostische Rolle besonders geeignet, die Indikation zur HKU objektiv, unabhängig und patientenorientiert zu prüfen, um sicherzustellen, dass die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik vorher ausgeschöpft	KBV: Es soll bitte erläutert werden, um welche Ökonomie es hier wann und wo geht, auch und gerade unter Bezug auf die Facharztkompetenzen der verschiedenen Fächer. DKG: Die DKG nimmt die Stellungnahme der DGN und der DRG dankend zur Kenntnis.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		und sinnvoll genutzt wurden. Radiologie und Nuklearmedizin sollten daher eigenständig zur Erbringung der Zweitmeinung für die transarterielle HKU berechtigt sein. Nur so kann das Ziel des Zweitmeinungsverfahrens, eine ökonomisch getriebene Mengenausweitung zu verhindern, erreicht werden.	Die DGN und die DRG bestätigen, dass eine HKU zwecks Diagnostik nur noch in selten Fällen leitlinienkonform ist. Sie sprechen sich dennoch für die Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens zu HKU zwecks Diagnostik (und auch zwecks Therapieplanung) aus, da die Leitlinienempfehlungen in der Versorgungsrealität noch nicht ausreichend umgesetzt würden. Das Zweitmeinungsverfahren könne dazu beitragen, dass sich die Leitlinienempfehlungen und die darin vorgesehenen nicht-invasiven Diagnostikverfahren schneller in der Versorgung durchsetzen. Dies sei insbesondere bei einem obligaten Einbeziehen der Fachrichtungen Radiologie und Nuklearmedizin in das Zweitmeinungsverfahren zu erwarten, da diese Fachrichtungen beurteilen könnten, ob die Möglichkeiten nicht-invasiver Diagnostikverfahren ausgeschöpft wurden.
		Wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin die Zweitmeinung erbringen oder in diese einbezogen werden.	KBV: In Bezug auf den fett hervorgehobenen Satz sollen die radiologische Fachgesellschaften bitte erläutern, welche kardiologischen Fachkompetenzen sie wann in der Weiterbildung erwerben. Wir verweisen auf unseren Kommentar zu Beginn.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Fachärztinnen und Fachärzte der Radiologie oder Nuklearmedizin sollten die Zweitmeinung erbringen oder bei unklaren Dissens-Situationen schlichtend einbezogen werden. Wir stimmen mit der in den tragenden Gründen formulierten Annahme überein, dass aus der Versorgungssicht vor allem zwei Fragestellungen relevant sind: 1. ob eine invasive HKU notwendig ist, 2. ob eine Perkutane Koronarintervention notwendig ist. In den tragenden Gründen wird richtigerweise formuliert, dass „für die erste Fragestellung insbesondere geprüft werden muss, ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden und im Ergebnis die Empfehlung der Durchführung einer invasiven Angiographie nachvollziehbar ist.“ Ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden, können aus unserer Sicht Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin optimal beurteilen. Es ist daher nicht ausreichend, dass sie nur optional in den Prozess der Zweitmeinungserbringung mit einbezogen werden können. Vielmehr sollte immer	KBV: Die Prüfung sollte anhand der entsprechenden Leitlinienempfehlungen beim und durch den Erstmeiner beginnen. Es muss erläutert werden, warum Radiologen auch die kardiologisch-fachlichen Aspekte „optimal“ beurteilen können. Die Fachgesellschaften sollen bitte Einschätzungen dazu abgeben, wie bei der zu erwartenden Anzahl der zu beratenden Eingriffe die Boards logistisch und zeitlich organisiert

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		dann, wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, die Expertise der Radiologie bzw. Nuklearmedizin mit einbezogen werden. Bezüglich der Prüfung einer perkutanen Koronarintervention unterstützen wir ausdrücklich das Prinzip der interdisziplinären Konferenz, analog zu den multi-disziplinären Tumorkonferenzen der Onkologie, in denen Disziplinen-übergreifend gemeinsam und einvernehmlich die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Schritte bei jedem Krebskranken diskutiert und festgelegt werden. Zwar wurden sogenannte Heart-Teams gegründet, in denen Kardiologen und Kardiochirurgen die Entscheidung zwischen offen-operativer vs. interventioneller Behandlung diskutieren. Für die primäre Frage – ob überhaupt Behandlungsbedarf besteht oder nicht – wäre aber die Erweiterung dieses Teams um zusätzliche Fächer, hier insbesondere die Radiologie und Nuklearmedizin als die Fächer, welche die nicht-invasive Bildgebung beherrschen, zu empfehlen. Diese beiden Fachdisziplinen bieten sich hier primär an, da hier die entsprechende Expertise hinsichtlich	werden sollen.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		funktionell-ischämischer Diagnostik besteht, welche nicht-invasiv zur Indikationsstellung einer revaskularisierenden Therapie (PCI oder Bypass) bei einer Koronarstenose beiträgt und der invasiven Diagnostik mittels HKU-basierter Fraktionellen Flussreserve (FFR) nicht unterlegen ist (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428). Das stärkt die interdisziplinäre Entscheidungsfindung. Wir regen also die Etablierung von „Heart-Boards“ an, deren fachliche Zusammensetzung denen von Tumor-Boards entspricht und welche v. a. bei Zweitmeinungsverfahren nach Option 2 eingesetzt werden soll.	
		Beschlussentwurf § 2 Abs. 1 Stellungnahme mit Begründung: Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin sollten eigenständig zur Erbringung der Zweitmeinung für die transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung berechtigt sein. Sie sind aus den in der allgemeinen Stellungnahme dargelegten Gründen (s.o.). dazu in besonderer Weise befähigt und prädestiniert.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. Es wird jedoch der Rolle von Radiologie und Nuklearmedizin in Fällen, in denen lediglich zunächst eine diagnostische Indikation aus der Indikationsstellung hervor- geht, Rechnung getragen, indem eine entsprechende Bestimmung in § 2 Absatz 3 aufgenommen wird (neuer Satz 4, s. o.) KBV: keine Aufnahme als Zweitmeiner, belassen als hinzuzuziehende

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Änderungsvorschlag: Zur Erbringung der Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen gleichermaßen berechtigt (in alphabetischer Reihenfolge): - Allgemeinmedizin oder - Herzchirurgie oder - Kardiologie oder Innere Medizin und Kardiologie oder - Nuklearmedizin oder - Radiologie	DKG: Die DGN und die DRG sprechen sich nachvollziehbar begründet für ein Zweitmeinungsverfahren aus, das sowohl die Option Zweitmeinung zu HKU zwecks <i>Diagnostik</i> als auch die Option Zweitmeinung zwecks <i>Therapieplanung</i> beinhaltet. Für ein solches „generalisiertes Zweitmeinungsverfahren“ schlagen die DGN und die DRG vor, dass die Fachrichtungen Allgemeinmedizin oder Herzchirurgie oder Kardiologie oder Innere Medizin und Kardiologie oder Nuklearmedizin oder Radiologie gleichermaßen zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt sein sollen, wobei Abhängigkeiten zwischen dem Zweck der HKU und den zu involvierenden Fachrichtungen gesehen werden (siehe Stellungnahme und Auswertung zu § 2 Abs. 3)
		Beschlussentwurf § 2 Abs. 3 Stellungnahme mit Begründung: Ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden, können Fachärztinnen und	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der Vorschlag, zwei separate („diagnostische“ vs. „therapeutische“ Indikation) Indikationen grundsätzlich zu differenzieren wird nicht aufgegriffen, da diese zunächst auf dieselbe Untersuchung verweisen, die ggf. (einzeitige- bzw adHoc-PCI) zu einem therapeutischen Ein-

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Fachärzte für Radiologie oder Nuklearmedizin optimal beurteilen, da dies die Aufgabe dieser Fachgruppen in allen anderen Organsystemen ist. Daher soll immer dann, wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, die Expertise der Radiologie bzw. Nuklearmedizin mit einbezogen werden. Änderungsvorschlag: <i>Bzgl. Option 1 (gemäß DKG):</i> Jede kardiologische Indikationsstellung einer diagnostischen LHK bei KHK ist durch Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin oder Allgemeinmedizin zu überprüfen, um zu evaluieren, ob die Möglichkeiten der leitlinienkonformen nicht-invasiven KHK-Diagnostik ausgeschöpft worden sind. <i>Bzgl. Option 2 (gemäß DKG):</i> In den speziellen Fällen, in denen die nicht-invasive KHK-Diagnostik (bspw. Planung CABG) für nicht ausreichend gehalten wird und ein LHK zu diagnostischen Zwecken durchgeführt werden soll, soll die Zweitmeinung durch Fachärztinnen und Fachärzte der oben genannten Fachdisziplinen oder Herzchirurgie erbracht werden.	griff erweitert werden kann. Dies entspricht auch Darstellungen in der Stellungnahme der DGTHG und DGK. Es ist eine Aufgabe im Rahmen der Zweitmeinung, zu prüfen, ob eine solche Erweiterungen bei der Indikationsstellung bereits angelegt bzw. als Möglichkeit bedacht wird. Abhängig davon kann ggf. Expertise auch anderer Fachgebiete nach § 2 Absatz 2 einbezogen werden. Um dies im Sinne der Stellungnahme verbindlicher zu gestalten, wird in § 2 Absatz 3 ein Satz 4 angefügt (s. o.). DKG: Die DGN und die DRG schlagen vor, für von Kardiologinnen und Kardiologen empfohlene HKU zwecks Diagnostik die Zweitmeinung von Fachärztinnen und Fachärzten für Radiologie, Nuklearmedizin oder Allgemeinmedizin erbringen zu lassen. So könne eine unabhängige Überprüfung stattfinden, ob die Möglichkeiten nicht-invasiver Verfahren zur Diagnostik ausgeschöpft wurden. Für HKU zwecks Therapieplanung schlagen die DGN und die

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
			DRG vor, dass die Zweitmeinung durch jede der relevanten Fachrichtungen, einschließlich Herzchirurgie, erbracht werden könne. Der Vorschlag der DGN und der DRG zur Wahl der Fachrichtungen für die Zweitmeinung zu HKU zwecks Diagnostik versus zwecks Therapieplanung ist stringent argumentiert. Für die Ausgestaltung der Zweitmeinungsrichtlinie könnten die aufgezeigten Abhängigkeiten, wer in welcher Situation die Zweitmeinung erbringt zu praktischen Herausforderungen führen, sodass eine gleichberechtigte Aufnahme der Fachrichtungen als Zweitmeiner die praktikablere Lösung sein könnte. KBV: zu den Änderungsvorschlägen: die Prüfung, ob empfohlene und notwendige diagnostische Methoden im Vorfeld bereits erfolgt sind, setzt voraus, dass die klinische Situation des Patienten ge- und bewertet wird. Dazu ist bei der Prüfung der Empfehlung einer HKU eine fachärztliche kardiologische Einschätzung notwendig.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Literaturverzeichnis Ggf. Literaturverzeichnis https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004l_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf https://epaper.herzstiftung.de/epaper/36_DHzB_2025.pdfhttps://academic.oup.com/eurheartj/article/35/10/633/430463?login=true https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/10/633/430463 https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/36/3415/7743115 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001030?url_ver=Z39.8	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		8-2003&rfr_id=ori:rid:cross-ref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1245/ https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/impro.709 https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1716734 https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jcmg.2025.10.015 https://www.g-ba.de/service/fachnews/165/ https://www.g-ba.de/beschluesse/7708/ https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-2084-7454	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
3.	DGTHG und DGK / 20. Mai 2026	S. 1 Titel des Beschlussentwurfes Stellungnahme mit Begründung: Die DGTHG und die DGK unterstützen den Vorschlag von GKV-SV/KBV/PatV, da eine Linksherz-Katheteruntersuchung ohne Koronar-intervention einer invasiven Diagnostik aber keiner invasiven Therapie entspricht.	GKV-SV: Zustimmung. Der Vorschlag das Zweitmeinungsverfahren auf Eingriffe zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutan-transluminaler Koronargefäßintervention zu beziehen wird befürwortet. KBV: Zustimmung PatV: Zustimmung. Kenntnisnahme DKG: Die DKG nimmt die Stellungnahme der DGTHG und der DGK dankend zur Kenntnis.
		S. 1 § 1(1) Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der Vorschlag wird nicht aufgegriffen. Wesentlich sind die Elemente der transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung und ggf. die therapeutische per-

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Bei unklarer hämodynamischer Bedeutung einer Stenosierung kann ggf. auch eine intravaskuläre Bildgebung zur Schweregradbestimmung eingesetzt werden. Änderungsvorschlag: Der Satz sollte wie folgt erweitert werden: <i>„Der Eingriff umfasst die planbare transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung mit oder ohne Messung der myokardialen Flussreserve / intravaskuläre(r) Bildgebung, sowie gegebenenfalls mit therapeutischer perkutan-transluminale Koronargefäßintervention.“</i>	perkutan-transluminale Gefäßintervention. Die zusätzliche Nennung der optionalen Messung der myokardialen Flussreserve erfolgt, da der G-BA diese als Methode explizit bewertet und in der Folge in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen hat. Dies schließt die Nutzung weiterer Verfahren ggf. nicht aus, insofern es sich bei diesen in dem jeweiligen Versorgungsbereich um GKV-Leistungen handelt. KBV: Zustimmung, da dadurch die in Frage stehende Indikation sinnvoll ergänzt wird. DKG: Die DGTHG und die DGK weisen darauf hin, dass während des Eingriffs auch eine intravaskuläre Bildgebung zum Einsatz kommen könne und schlagen vor, dies entsprechend bei der Definition des Eingriffs zu erwähnen.
		S. 2 § 2(1)	GKV-SV: Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Stellungnahme mit Begründung: Die Vorschläge zur Festlegung der Fachgebiete für die Erbringung der Zweitmeinung müssen kritisch hinterfragt werden.	DKG Aus Sicht der DGTHG und der DGK sind Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Innere Medizin und Kardiologie sowie Herzchirurgie geeignet, um eine Zweitmeinung zur Indikation einer transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung gegebenenfalls mit perkutaner transluminaler Koronargefäßintervention zu erbringen. Die Fachrichtungen Radiologie, Nuklearmedizin und Allgemeinmedizin sind in der Einschätzung der DGTHG und der DGK als Zweitmeiner nicht geeignet, da sie nur einen Teil des diagnostischen Spektrums abdecken und keine Indikation zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung stellen. Für den angestrebten Zweitmeinungsprozess spielen die Abwägung, ob die Möglichkeiten nicht-invasiver diagnostischer Verfahren ausgeschöpft wurden, und die Frage nach den Therapieoptionen für die Patientin bzw. den Patienten eine wichtige Rolle. Wie in den Stellungnahmen der anderen Fachgesellschaften dargelegt, haben die Fachrichtungen Radiologie, Nuklearmedizin und Allgemeinmedizin gerade in

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
			diesen Bereichen Expertise und könnten somit die gewünschte weitere Perspektive in den Entscheidungsprozess der Patientinnen und Patienten einbringen.
		§ 2 (1) 1. Innere Medizin und Kardiologie Stellungnahme mit Begründung: Die Indikationsstellung zur transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung erfolgt grundsätzlich durch Kardiologinnen und Kardiologen, daher sind diese für eine Zweitmeinung qualifiziert. Die Indikationsstellung basiert auf einer Zusammenschau von Symptomen, Risikofaktoren, EKG, Echokardiographie sowie ggf. weiteren nicht-invasiven Untersuchungen wie Stress-Echokardiographie, Myokardszintigraphie, Coronar-CT oder Kardio-MRT.	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. KBV: Zustimmung
		§ 2 (1.) 2. ... oder Herzchirurgie Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. KBV: Zustimmung

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Herzchirurginnen und Herzchirurgen stellen ebenso Indikationen zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung und sind daher wie 1. für die Zweitmeinung qualifiziert.	
		§ 2 (2) Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin Stellungnahme mit Begründung: In diesem Fachgebiet wird nur einen Teil des diagnostischen Spektrums bei dem chronischen Koronarsyndrom abgedeckt (s.o.). Eine Basisdiagnostik mit EKG oder Echokardiographie ist nicht explizit in der WB-Ordnung ausgeführt und gehört nicht zu den Fachgebieten. Sie stellen zudem keine Indikation zur transarteriellen Linksherz-Katheter-untersuchung und sollten daher nicht als Zweitmeiner eingesetzt werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Zustimmung zu der Bewertung, dass Radiologie und Nuklearmedizin nur bei bestimmten Konstellationen ggf. benötigt werden. Daher ist deren Rolle auch als ergänzende vorgesehen, was die Verortung in Absatz 2 bedingt. Zur Klarstellung wird, in Bezug auf die Stellungnahme der DGN/DRK, ein Satz 4 in § 2 Absatz 3 angefügt (s. o.) KBV: Zustimmung
		§ 2 (2) und Allgemeinmedizin Stellungnahme mit Begründung: Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin decken	GKV-SV: Kenntnisnahme. Zustimmung zu der Bewertung, dass allgemeinmedizinische Beiträge nur bei bestimmten Konstellationen ggf. benötigt werden. Daher ist die Rolle der Allgemeinmedizin auch als ergänzende vorgesehen (z. B. in

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		nur einen Teil des diagnostischen Spektrums und keine invasive Therapie der chronischen KHK ab, z.B. keine Echokardiographie. Sie stellen keine Indikation zur transarteriellen Linksherz-Katheteruntersuchung, daher ist die Position von PatV/KBV zu unterstützen.	denkbaren Konstellationen, bei denen bestimmte Fragestellungen der Basisdiagnostik noch offen sein können), was die Verortung in Absatz 2 bedingt. KBV: Zustimmung
		§ 2(3) GKV-SV/DKG/KBV: Stellungnahme mit Begründung: Die Frage, ob eine invasive Therapie mittels PCI oder Bypassoperation erfolgen sollte, erfordert nach aktuellen Leitlinien eine Linksherz-Katheteruntersuchung in Zusammenarbeit mit der o.a. Diagnostik. Ein Coronar-CT stellt zwar ebenfalls die Koronarmorphologie dar, doch insbesondere bei deutlichen Verkalkungen und suboptimaler Gerätetechnik sind diagnostische Unsicherheiten nicht auszuschließen, welche insbesondere in einer Fehleinschätzung des Stenosegrades resultieren. Daher ist eine solche Indikationsstellung für/gegen eine PCI oder Bypassoperation ohne Linksherz-Katheteruntersuchung nur selten möglich. Ebenso sollte eine	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der Einschätzung, dass eine Bypass-Operation, nach aktuellem medizinischem Wissensstand, nur dann durchgeführt werden kann bzw. sollte, wenn Befunde einer Linksherzkatheter-Untersuchung vorliegen, wird zugestimmt. KBV: Zustimmung. Hier wird sehr deutlich, dass die NVL als alleinige Bezugsquelle nicht ausreichend ist, allein deswegen, weil eine NVL primär die hausärztliche Versorgung adressiert und die thematisch bezogene NVL gerade eben keinen Konsens mit den Kardiologen hergestellt hat.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Bypassoperation nicht basierend auf einem Koronar-CT erfolgen, wie in einem Konsensus-Papier von DGK und DGTHG basierend auf der aktuellen Evidenz dargestellt ist (Achenbach et al. Kardiologie 2026; 20:180–189).	DKG: Die DGTHG und die DGK weisen darauf hin, dass für die Planung einer invasiven Therapie meistens eine Linksherz-Katheteruntersuchung notwendig ist; lediglich ein Koronar-CT sei hierzu meist nicht ausreichend.
		§ 2(3) Stellungnahme mit Begründung: Wie in den tragenden Gründen dargelegt, wird eine invasive Therapie bei der Linksherz-Katheteruntersuchung in ca. 36% aller Untersuchungen einzeitig durchgeführt. Dies entspricht etwa 92 % aller PCI. (s. IQTIG-Bundesauswertung PCI: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie). Somit wird sie häufig „erwogen“. Änderungsvorschlag:	KBV: Zustimmung. Der Änderungsvorschlag sollte nochmals in der Anhörung erläutert werden, er könnte eine präzisierende Vereinfachung bieten. GKV-SV: Zustimmung. Der Vorschlag der Stellungnehmenden entspricht im Regelungsgehalt dem vorliegenden Beschlussentwurf, sodass eine Änderung nicht erforderlich ist. PatV: zustimmende Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag kann grundsätzlich gefolgt werden. Dabei bedeutet der Verzicht auf die beiden ersten Sätze, dass nicht allein auf Grund der Fachrichtung des Erstmeiners ein zugelassener

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Die Position von GKV-SV/DKG/KBV wird insofern unterstützt, als die Regelungen in den Sätzen ¹ und ² nicht notwendig erscheinen und daher gestrichen werden sollten. Daher sollte Satz ³. wie folgt formuliert werden: „<i>Fachärztinnen oder Fachärzte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 sollen die Zweitmeinung interdisziplinär erbringen, wenn aus der Indikationsstellung zum Eingriff ersichtlich ist, dass beide invasiven Therapieverfahren (Perkutan transluminale Koronargefäßintervention - PCI oder aortokoronare Bypass-Operation -ACB) eine gleichwertige Option darstellen.</i>“	Zweitmeiner von der Erbringung der Zweitmeinung ausgeschlossen wird. Für einen solchen Ausschluss gibt es keine Begründung. DKG: Die DGTHG und die DGK schlagen vor, eine interdisziplinäre Zweitmeinung durch die Fachrichtungen Innere Medizin und Kardiologie sowie Herzchirurgie vorzusehen, wenn es um die Planung einer invasiven Therapie geht. Regelungen, welche der beiden Fachrichtungen die Zweitmeinung in anderen Situationen erbringt, seien nicht notwendig. Der Vorschlag wird damit begründet, dass eine einzeitige PCI häufig erwogen werde. Dies zeige sich darin, dass fast alle PCI einzeitig mit einer HKU stattfinden. Gleichzeitig wird jedoch genannt, dass gerade nicht alle HKU mit einer PCI einhergehen. Insofern erschließt sich die Begründung nicht.
		Tragende Gründe	GKV-SV: Zustimmung zur Ablehnung der

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 2-4, 2. Eckpunkte der Entscheidung Stellungnahme mit Begründung: Einleitend wird auf Angina pectoris oder Dyspnoe mit Bezug auf die NVL KHK verwiesen. Die NVL KHK fokussiert jedoch weitestgehend auf das Symptom Angina pectoris. Dies ist einer der Gründe warum die NVL KHK sowohl von der DGK als auch von DGIM nicht konsentiert wurde (Mehili J et al. Kardiologie; https://doi.org/10.1007/s12181-025-00744-w; mit Zustimmung durch die DGPR). Die von der DKG vorgeschlagenen Trennungs-Optionen zur Ausgestaltung der „Zm-RL zu HKU“ mit Option 1 „HKU zwecks Diagnostik“ und Option 2 „HKU zwecks Therapieplanung“ entspricht nicht der klinischen Realität, da nicht vorhersehbar ist ob lediglich eine diagnostische LHK erfolgt und diese zudem	„Trennungs-Option“. In Bezug auf die Frage der Zweitmeinungsberechtigung für bestimmte Fachgruppen ist der Anmerkung im Beschlussentwurf und durch Ergänzung eines Satzes 4 in § 2 Absatz 3 (s. o.) Rechnung getragen. KBV: Für die Begründung ist – wie oben zu den Ausführungen der DEGAM bereits angemerkt – die vollständige klinische Situation zu berücksichtigen, und nicht nur die in der NVL eingenommene bewusst eingeschränkte Perspektive als Goldstandard heranzuziehen.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		die Grundlage für die Therapieplanung darstellt. Im Fall einer einzeitigen Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarintervention werden beide Eingriffe in einer Prozedur unmittelbar aufeinanderfolgend durchgeführt. Zudem bestehen multiple Konstellationen, je nach nicht-invasiven Vorbefunden, z.B. morphologische versus funktionelle Diagnostik, mit jeweils potenziell unterschiedlichen Konsequenzen. Diese Komplexität kann hier nicht vollumfassend abgebildet werden. Zudem erschließen sich bei den beiden Optionen auch nicht die unterschiedliche Einbindung verschiedener Zweitmeinungsberechtigter. Wie oben bereits zu §2 (2) ausgeführt sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin und Allgemeinmedizin nicht als Zweitmeinungsberechtigte eingesetzt werden, da sie nur einen Teil des diagnostischen Spektrums abdecken und keine Indikation zur Linksherz-Katheteruntersuchung ggf. mit perkutaner Koronarintervention stellen.	KBV: Zustimmung DKG: Die DKG hatte sich den Tragenden Gründen bei Einleitung des gewillkürten Stellungnahmeverfahrens nicht angeschlossen, da zunächst zu klären war, welche Eingriffe mit dem

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a Verfo
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Änderungsvorschlag: Streichung der Position der DKG; die Position GKV-SV/KBV/PatV wird unterstützt.	Zweitmeinungsverfahren adressiert werden sollen. Entsprechend sollte das Stellungnahmeverfahren die fachliche Diskussion und Einschätzung der Stellungnehmenden zur konkreten Ausrichtung des Zweitmeinungsverfahrens ermöglichen. Verschiedene Optionen hatte die DKG unter „Eckpunkte der Entscheidung“ dargelegt. Die fachlichen Hinweise der Fachgesellschaften zu einzelnen Ausführungen in den Tragenden Gründen können bei Erstellung der finalen Tragende Gründe, die den letztlich vom G-BA getroffen Beschluss zur Ausgestaltung des Zweimeinungsverfahrens zu HKU begründen werden, Berücksichtigung finden.
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 4-6 „Der G-BA geht zudem davon aus, ...“ Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: Kenntnisnahme. Eine Änderung der Tragenden Gründe ist hier nicht erforderlich. Die formulierten Fragestellungen beziehen sich hier unmittelbar nur auf den Eingriff, dem die Zweitmeinung gilt bzw. deren ggf. mehrere Komponenten (diagnostischer Herzkatheter, PCI). Dass hier neben diagnostischen auch therapeutische Alternativen erwogen werden können (sowohl bezogen auf nicht-invasive, medika-

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		In der Beratung von Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf eine chronische KHK sollte neben Frage 1) nach der Notwendigkeit invasiver Diagnostik (auch die Frage nach allen invasiven Therapiemöglichkeiten gestellt werden. Änderungsvorschlag: Frage 2 wäre daher umfassender zu formulieren: <i>„2. Welcher Nutzen und welche Risiken bestehen, wenn sich aus der diagnostischen Koronarangiographie eine Indikation zur invasiven Therapie (entweder PCI oder Koronarer Bypass-Operation) ergibt.“</i>	mentöse Therapie als auch auf andere invasive Therapien insbesondere auch eine aorto-koronare Bypass-Operation) ist zwar richtig, muss an dieser Stelle jedoch nicht ausdrücklich formuliert werden. KBV: Der Vorschlag erscheint sinnvoll, gerade deshalb, weil er gemäß der ESC-Leitlinie risikostratifiziert erklärt werden kann, und die Risikostratifizierung von der kardiologischen Befundeinschätzung ausgeht. Falls es fehlende Befunde gibt oder zunächst andere Untersuchungsverfahren zum Ansatz gebracht werden sollen, geht dies ebenfalls risikostratifiziert aus der ESC-Leitlinie hervor.
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV/KBV vs PatV S. 6-7 Grundsätzliche Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: Kenntnisnahme. Eine Nennung einzelner nicht-invasiver Verfahren ist hier nicht erforderlich, da hier lediglich eine Begründung für den Zuschnitts der Eingriffsdefinition im Spiegel einer Reihe von diagnostischen und therapeutischen Verfahren gegeben wird.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Es sollte ergänzt werden, dass neben der Myokardperfusions- bildgebung und der CT-Angiographie auch die Stress-Echokar- diographie oder die Perfusionsmessung mittels Kardio-MRT in Frage kommen. Diese sind auch nicht grundsätzlich als Alter- native zur Koronarangiographie, sondern bei pathologischem Befund auch als indikationsbegründend anzusehen. Es sollte zudem darauf hingewiesen werden, dass bei dem Verdacht auf eine chronische KHK leitliniengerecht, je nach Vortest- wahrscheinlichkeit, aktuell zuerst ein CCTA empfohlen sein kann. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass häufig eine Koronar-CT Bildgebung bei der Frage nach einer invasi- ven Linksherzkatheteruntersuchung bereits vorliegen kann. Inhaltlich bestehen keine bedeutsamen Unterschiede zur Po- sition PatV. Hier sollte jedoch ergänzt werden das nach der IQTIG-Auswertung 2025 nach der DeQS-RL PCI in 31,44 % die Koronarangiographien im Rahmen einer Notfallindikation, in 33,45 % bei Verdacht auf KHK und in 35,13 % bei bekannter	KBV: Zustimmung. Dem Patienten muss eine auf ihn bezo- gene fachliche Beratung ermöglicht werden.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		KHK durchgeführt wurden. Die Wahl des nicht-invasiven Verfahrens ist abhängig von der Vortestwahrscheinlichkeit bei Verdacht auf KHK, der Eignung der Patient*innen für den entsprechenden Test, testbezogenen Risiken, den vor Ort verfügbaren Gerätschaften und der lokalen Expertise. Ergänzung: Eine Substitution der invasiven Linksherzkatheteruntersuchungen durch die cCTA ist bislang auf bestimmte Patienten-gruppen limitiert. Änderungsvorschlag: Streichung der Position der DKG	
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 7 Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Beibehaltung des Absatzes	
		Tragende Gründe Dissens GKV-SV S. 7-8 Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen zu aktuell geltenden und zukünftigen Leitlinien sowie deren Berücksichtigung in der klinischen Versorgung erscheinen verzichtbar. Zudem bestehen erhebliche Redundanzen zu den vorangehenden Textpassagen. Änderungsvorschlag: Streichung des Absatzes	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Darstellung dient der Begründung, eine Zweitmeinung nicht lediglich bei geplanter Intervention vorzusehen, auch wenn nur eine solche i. d. R. leitlinienentsprechend ist. KBV: Zustimmung zur Streichung des Absatzes
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		S. 8 Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.	
		Tragende Gründe Dissens DKG, GKV-SV vs PatV, KBV S. 9 Stellungnahme mit Begründung: Die Position PatV, KBV wird unterstützt.	GKV-SV: Zustimmungende Kenntnisnahme. Der GKV-SV schließt sich der Position von KBV und PatV an.
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, PatV, KBV S. 9 Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: Zustimmungende Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Die Position GKV-SV, PatV, KBV wird unterstützt.	
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 9-10 „3. Zu den Ände-rungen im Einzelnen zu § 1... zu Absatz 1“ Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt. Änderungsvorschlag: Hier sollte ergänzt werden, dass auch die intravaskuläre Bildgebung zur Schweregradbeurteilung von Koronarstenosen eingesetzt werden kann.	GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnisnahme zur Unterstützung der Position GKV-SV, KBV, PatV. Eine Ergänzung des Textes ist nicht erforderlich, da nur auf sehr allgemeiner Ebene die Erkrankung, Diagnostik und Behandlung ohne Nennung einzelner Untersuchungs- oder Therapieverfahren erfolgt. KBV: wie weiter oben bereits ausgeführt sollten relevante Alternativen und Sachverhalte und deren Zutreffenheit thematisiert werden.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Je nach klinischem Szenario kommen u.U. auch mehrere Verfahren zum Einsatz, da sowohl falsch negative als auch falsch positive Befunde möglich sind. Hier sollte ergänzt werden: „...<i>morphologischer und/oder funktioneller</i> ...“.	
		Tragende Gründe Dissens KBV/DKG vs GKV-SV S. 10 „Falls die Vortestwahrscheinlichkeit...“ Stellungnahme mit Begründung: Die Position KBV/DKG wird unterstützt. Eine Indikation zur CT-Koronarangiographie ist nicht Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens, zudem können auch die Myokardszintigraphie, das Stress-Echo oder das Kardio-MRT eingesetzt werden. Hier könnte erneut auf die aktuelle Leitlinie hingewiesen werden, die die Indikationen zur invasiven und nicht-invasiven Koronardiagnostik klar definiert (siehe Kommentar S. 7)	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Darstellung zur Vortestwahrscheinlichkeit und zum Stellenwert der CCTA ist erforderlich, entspricht der Empfehlung der maßgeblichen NVL und wird durch andere Stellungnehmende (DEGAM) in modifizierter Form (s. o.) gestützt. KBV: Zustimmung, dieser Sachverhalt sollte bitte in der Anhörung genauer erläutert werden. Die Zweitmeinungs-Richtlinie hat nicht die Aufgabe, eine beliebig gegriffene Leitlinie als Referenz aufzugreifen und durchzusetzen, und der Kommentar macht an dieser Stelle deutlich, dass genau dies passiert. Es geht um die Prüfung einer gestellten Indikation unter Bezugnahme auf zutreffende Leitlinien unter Berücksichtigung der individuellen Situation der Patienten, und nicht

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
			um reine Empfehlungsdurchsetzung.
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 11 „Im Rahmen der diagnostischen Koronar-angiographie...“ Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt. Änderungsvorschlag: Nach der Messung der Flussreserve sollte ebenfalls die in- travaskuläre Bildgebung eingefügt werden. Am Ende des Absatzes sollte eingefügt werden: <i>„Je nach Be- fund kann auch eine intravaskuläre Bildgebung sinnvoll sein.“</i>	GKV-SV: Zustimmung. Kenntnisnahme zur Unterstützung der Position GKV-SV, KBV, PatV. Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. Die Erwähnung der FFR-Messung erfolgt beispielhaft und ist dadurch zusätzlich begründet, dass der G-BA diese Methode nach Beratungen in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen hat. KBV: Zustimmung, Erläuterungen dazu vorher bereits gegeben.
		Tragende Gründe	GKV-SV: Zustimmung. Kenntnisnahme. Der Terminus „invasive Behandlungsoptionen“ erscheint, nach Konsultation der

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Dissens DKG vs KBV vs PatV/GKV-SV S. 11 „...revaskulari-sierende...“ Stellungnahme mit Begründung: Es besteht keine Präferenz für eine der beiden Bezeichnungen. Grundsätzlich ist die in der Praxis regelhaft verwendete Terminologie kritisch zu sehen, da sie die zugrundeliegenden Wirkungsmechanismen von Intervention und Operation ungenügend abbildet (Doenst et al. <u>J Am Coll Cardiol 2021 Jul 13;78(2):180-188</u>).	durch den Stellungnehmenden referenzierten Literatur als bessere geeignete Bezeichnung. KBV: Zustimmung
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 11 „(perkutane...)“ Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: Zustimmung. Kenntnisnahme zur Unterstützung der Position von GKV-SV, KBV, PatV. Der Änderungsvorschlag wird, modifiziert, übernommen indem, angelehnt an die terminologischen Hinweise des Stellungnehmenden (s. o.) „invasive Behandlungsverfahren“ genannt werden.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt Änderungsvorschlag: Die beiden Verfahren sollten konkret, PCI bzw. Koronare By-passoperation, genannt werden.	KBV: Zustimmung zum Stellungnahmegeber und zum GKV-SV
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 12 „einer Entscheidungsfindung...“ Stellungnahme mit Begründung: Die Position GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.	GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnisnahme zur Unterstützung der Position von GKV-SV, KBV, PatV.
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV S. 12	GKV-SV: Kenntnisnahme. Hier handelt es sich offenkundig um ein Missverständnis, aufgrund der abgekürzten Formulierung. Es soll an dieser Stelle nicht bestritten werden, dass eine invasive Koronarangiographie vor herzchirurgischen Ein-

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		„In der Regel...“ Stellungnahme mit Begründung: Die Position DKG wird unterstützt Invasive Koronarangiographien z.B. vor herzchirurgischen Eingriffen, werden primär zur ausschließlichen Diagnostik durchgeführt. Zudem gehen wie oben ausgeführt Diagnostik und Therapieplanung Hand in Hand.	griffen notwendig sein kann. Dabei handelt es sich dann naturgemäß auch um einen diagnostischen Zweck. An dieser Stelle geht es jedoch um den Hinweis in der NVL KHK, dass eine invasive Koronarangiographie erst dann ggf. eingesetzt werden sollte, wenn im Rahmen der Primärdiagnostik, ob eine (stenosierende), chronische koronare Herzerkrankung (chronische Koronarsyndrom) vorliegt bereits eine Therapieplanung erfolgt. Die Formulierung wird daher wie folgt verändert: „Eine invasive Koronarangiographie ist nicht Bestandteil des Diagnostikalgorithmus bei Verdacht auf eine chronische, stenosierende KHK beziehungsweise erneut auftretende Beschwerden bei einer bestehenden stenosierenden KHK ([3] S. 40 ff.)“ KBV: Zustimmung zum Stellungnahmegeber. Ablehnung Position GKV-SV, da dieser Vorschlag einseitig nur auf die NVL KHK fokussiert.
		Tragende Gründe	GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. Der Abschnitt wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 12 „Insbesondere ab...“ Stellungnahme mit Begründung: Die Position von GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.	aufgrund der Stellungnahme eines anderen Stellungnehmenden (DEGAM) modifiziert (s. o.).
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 12-15 „sind u.a. die...“ Stellungnahme mit Begründung: Die Position von GKV-SV, KBV, PatV wird unterstützt.	GKV-SV: Zustimmungse Kenntnisnahme.
		Tragende Gründe	GKV-SV: Zustimmungse Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Dissens DKG/ GKV-SV/ PatV vs KBV S. 16 „wobei...“ Stellungnahme mit Begründung: Die Position von DKG/GKV-SV/PatV wird unterstützt, da bei bekanntem Koronarbefund für eine PCI lediglich zwingend notwendige Koronardarstellungen durchgeführt werden.	
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV, KBV, PatV S. 16 zu Absatz 1 „Insgesamt soll...“ Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Hier verweisen wir auf den Kommentar zum Beschlussentwurf (s.o.). Die Kompetenz zur Indikationsstellung bereits aus §2 1. und 2. und sollte daher an dieser Stelle weder relativiert noch in Frage gestellt werden.	
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV vs KBV S. 17 Stellungnahme mit Begründung: Hier verweisen wir auf den Kommentar zum Beschlussentwurf (s.o.).	GKV-SV: Kenntnisnahme.
		Tragende Gründe	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der Einschätzung, dass Handlungs- kompetenzen der Fachgebiete Allgemeinchirurgie und Ge-

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Dissens DKG vs GKV-SV S. 17 „Zwar sollten auch...“ Stellungnahme mit Begründung: Hier verweisen wir auf den Kommentar zum Beschlussentwurf (s.o.). Die GKV-SV adressiert in diesem Absatz Handlungskompetenzen der Fachgebiete Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie, die beide im Kontext dieses Zweitmeinungsverfahrens weder in die Versorgung noch in die spezifische Indikationsstellung eingebunden sind.	fäßchirurgie, die beide im Kontext dieses Zweitmeinungsverfahrens weder in die Versorgung noch in die spezifische Indikationsstellung eingebunden sind, hier nicht einschlägig sind wird zugestimmt. Die Formulierung ist hier jedoch gerade im Sinne des Stellungnehmenden, da hier formuliert wird, weshalb diese (neben der Herzchirurgie) in bestimmten Fallkonnstellationen nicht einschlägig sind.
		Tragende Gründe Dissens DKG vs GKV-SV	GKV-SV: Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		S. 17 – 18 zu Absatz 2 „Fächärztinnen und Fachärzte...“ Stellungnahme mit Begründung: Hier verweisen wir auf den Kommentar zum Beschlussentwurf (s.o.).	
		Tragende Gründe Dissens DKG vs PatV vs GKV-SV, KBV S. 19-20 zu Absatz 3 Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen der PatV und GKV-SV/KBV sind weitgehend inhaltlich nachvollziehbar.	GKV-SV: Kenntnisnahme.
		Tragende Gründe	GKV-SV: Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Dissens DKG vs PatV vs GKV-SV S. 20 zu § 3: Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen der PatV und der GKV-SV sind inhaltlich korrekt.	
		1. Literaturverzeichnis 1. Achenbach et al. Kardiologie 2026; 20:180–189 2. IQTIG-Bundesauswertung PCI 3. Mehili J et al. Kardiologie 19, 218–224 (2025)	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		4. Doenst et al. J Am Coll Cardiol 2021 Jul 13;78(2):180-188	
4.	DRG/ 20. Mai 2026 [entspricht Stellung- nahme der DGN, siehe Lfd. Nr. 2]	Allgemeine Anmerkung Vor dem Hintergrund einer im internationalen Vergleich weiterhin hohen Zahl diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland und des wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen ist eine konsequent nicht-invasive Steuerung der KHK-Diagnostik geboten. Mit dem G-BA Beschluss vom 18. Januar 2024 wurde die CT-Koronarangiographie (CCTA) in die Regelversorgung aufgenommen und ausdrücklich das Ziel formuliert, die Zahl diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen (HKU) zu senken. Zugleich wurde betont, dass entsprechende invasive Untersuchungen in Deutschland bislang nahezu doppelt so häufig wie in anderen europäischen Ländern durchgeführt werden. Obwohl die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische	GKV-SV: s. o. unter Nr. 2 KBV: Das Zweitmeinungsverfahren soll durch eine differenzierte Aufklärung zur Notwendigkeit des Verfahrens gerade dazu beitragen, die Indikationslage zu klären. KBV: Wie zuvor ist die Anführung der Gesamtausgaben des Gesundheitssystems bei der Thematisierung der invasiven HKU sachlich falsch und wirkt sprachlich diffamierend.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		KHK feststellt, dass die HKU zur Diagnostik nicht mehr indiziert ist (nvl-004l_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf), bleibt die Anwendung der nicht-invasiven KHK-Diagnostik und der CCTA in Deutschland weiterhin unzureichend: Für 2023 berichtet der Deutsche Herzbericht 59.757 CCTA gegenüber 751.971 HKU, nahezu unverändert zu 2018 (754.747) (Deutsche Herzstiftung (Hg.)/Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main 2025). Angesichts von 538,2 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben im Jahr 2024 und dem periinterventionellen Risiko (Eur Heart J. 2014;35(10):633-8) sollte die invasive HKU daher primär solchen Fällen vorbehalten bleiben, in denen nach Heart-Team-Abstimmung bereits eine therapeutische Konsequenz absehbar ist. Das Zweitmeinungsverfahren für die transarterielle diagnostische HKU stellt das geeignete Instrument dar, die Entwicklung entsprechend der Leitlinien primär hin zur nicht-invasiven Diagnostik bei KHK basierend auf anatomischer Bildgebung (CCTA) und funktioneller Ischämiediagnostik sinnvoll zu steuern (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454). Des Weiteren berücksichtigt ein solches Verfahren entsprechend den seitens	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		des G-BA bereits für diverse andere planbare Eingriffe festgelegten und notwendigen Anspruch von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Sinne eines Vieraugenprinzips. Wie die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) plädiert auch die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) stark dafür, beide Optionen (Zweitmeinung zu HKU zwecks Diagnostik und zwecks Therapieplanung) in dem generalisierten Zweitmeinungsverfahren zu berücksichtigen. Zum einen, weil diagnostische HKU weiterhin fast die Hälfte aller HKUs ausmachen und gerade diese durch nicht-invasive diagnostische Verfahren zu ersetzen sind (Option 1). Hier stimmen wir dem Standpunkt der DKG ausdrücklich nicht zu: Zwar ist die Begründung, dass es sich bei der diagnostischen HKU gemäß NVL nicht mehr um ein leitliniengerechtes Verfahren handelt, grundsätzlich richtig. Ein Zweitmeinungsverfahren ist trotzdem gerade hier notwendig, da die Versorgungsrealität unverändert die unrestringierte Anwendung der diagnostischen HKU widerspiegelt und gerade die fehlende Durchsetzung der NVL durch Selbstzuweisung zur HKU weiterhin Kosten und Risiken in deutschen Krankenhäusern	KBV: Der Sachverhalt soll bitte in der Anhörung erläutert werden, denn 1. ist die NVL kein alleiniger Goldstandard, und 2. gibt es sehr wohl Indikationen zur invasiven HKU – allein deshalb, weil Leitlinien keine Richtlinien sind und sein können. KBV: Wir bitten um Erläuterung des Sachverhaltes „Selbstzuweisung zur HKU“, die sich laut der schriftlichen Ausführung maßgeblich auf Krankenhäuser zu beziehen scheint.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		unnötig generiert (Deutsche Herzstiftung (Hg.)/Deutscher Herzbericht – Update 2025, Frankfurt am Main 2025). Das generalisierte Zweitmeinungsverfahren würde es ermöglichen, das formulierte Ziel des G-BA hinsichtlich der Senkung der diagnostischen HKU in der klinischen Regelversorgung durch interdisziplinäre Kooperation umzusetzen (https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1158/). Außerdem unterstützt es das Ziel des laufenden Projektes IMPRO des G-BA, die Implementierung der CCTA in der klinischen Routine zu optimieren (https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/impro.709). Zum anderen, weil nicht-invasive diagnostische Verfahren, v. a. die funktionelle Ischämiediagnostik mittels Myokardperfusionsszintigraphie oder kardialer MRT, bei bekannter KHK gemäß Leitlinien (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454) als Verfahren Anwendung finden, geeignete Patientinnen und Patienten zur Revaskularisation zu identifizieren und hier eine wertvolle Alternative zur HKU anbieten (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428 und JACC Cardiovasc Imaging. 2026;19(3):326-341) (Option 2). Für beide Optionen sollte zudem die aktuell laufenden	KBV: Wir bitten um Erläuterung der Umsetzung des Leistungsangebotes zur CCTA und um Erläuterung der Frage, wie für diese Indikation eine unangemessene Leistungsausweitung verhindert werden soll.

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Methodenbewertung des G-BA zum Einsatz der kardialen MRT bei Verdacht auf KHK und bekannter KHK entsprechend Berücksichtigung finden (https://www.g-ba.de/beschlusse/7708/). Zum anderen, weil nicht-invasive diagnostische Verfahren, v. a. die funktionelle Ischämiediagnostik mittels Myokardperfusionsszintigraphie oder kardialer MRT, bei bekannter KHK gemäß Leitlinien (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454) als Verfahren Anwendung finden, geeignete Patientinnen und Patienten zur Revaskularisation zu identifizieren und hier eine wertvolle Alternative zur HKU anbieten (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428 und JACC Cardiovasc Imaging. 2026;19(3):326-341) (Option 2). Für beide Optionen sollte zudem die aktuell laufenden Methodenbewertung des G-BA zum Einsatz der kardialen MRT bei Verdacht auf KHK und bekannter KHK entsprechend Berücksichtigung finden (https://www.g-ba.de/beschlusse/7708/). Für beide Optionen müssen geeignete Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachrichtungen validierend eingesetzt	KBV: Die Ausführungen legen nahe, dass die Indikation für ein radiologisches Verfahren immer nur durch den betreffen-

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		werden. Für Option 1 (diagnostischer HKU) sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin, Herzchirurgie und Allgemeinmedizin zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt sein. Für Option 2 (therapeutischer HKU) ist eine Validierung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Herzchirurgie obligat, Fachärztinnen und Fachärzte der anderen drei genannten Fachdisziplinen sollen hierbei zur verlustfreien Präsentation der diagnostischen Evaluation im Rahmen eines Heart-Boards analog zum Tumor-Board, herangezogen werden. Insbesondere nicht invasiv diagnostisch tätige Fachdisziplinen wie die Radiologie und Nuklearmedizin zeichnen sich aus folgenden Gründen in besonderer Weise dafür aus: 1. Umfassende Kenntnis der nicht-invasiven koronaren Diagnostik Radiologinnen und Radiologen bieten umfassende Kompetenzen in sämtlichen bildgebenden Verfahren, insbesondere in der nicht-invasiven kardiovaskulären Diagnostik (CCTA, kardiale MRT einschließlich Ischämie- und Vitalitätsdiagnostik). Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner führen	den Facharzt gestellt werden kann. Gleichzeitig wird aber gefordert, die Prüfung der Indikation zur Herzkatheteruntersuchung durch alle möglichen anderen Facharztgruppen umzusetzen. KBV: Die angesprochenen Heart-Boards sind zu keinem Zeitpunkt Gegenstand der Abklärung verschiedener diagnostischer oder therapeutischer Entscheidungen im Verlauf der ganz normalen Behandlung der KHK-Patienten, sondern erst dann, wenn die Therapie in eine bestimmte Richtung eskaliert werden muss. Die Forderungen sind im derzeitigen System und erst Recht nach möglicher Umsetzung des GKV-Spargesetzes überhaupt nicht leistbar. Sie entsprechen nicht den normalen Abklärungs- und Behandlungsverläufen. KBV: Es geht hier nicht darum, was Radiologen können, sondern um die Frage der Beurteilung einer kardiologischen Situation durch einen Arzt, der kardiologische Fragestellungen vor und nach verschiedenen Interventionen beurteilen kann, weil er (im Gegensatz gerade zu den diagnostischen Fächern)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		selbständig nicht-invasive Ischämiediagnostik mittels SPECT und PET durch, wobei die SPECT zu den häufigsten Verfahren der Ischämiediagnostik in Deutschland zählt (Nuklearmedizin 2023; 62(4): 235-243). Damit können diese Fachgruppen sehr genau einschätzen, welches diagnostische Verfahren bei einer Patientin/einem Patienten abhängig von der Vortestwahrscheinlichkeit, dem Vorliegen einer KHK bzw. ihrer Ausprägung (Eur Heart J. 2024;45(36):3415-3537 und Circulation. 2021;144(22):e368-e454) sowie individuellen Faktoren wie Herzrhythmusstörungen, BMI oder Nierenfunktion indiziert ist. Dies schließt somit die in den tragenden Gründen benannten Optionen 1 und 2 mit ein. Radiologinnen und Radiologen und Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner sind somit Experten darin, Qualität und Grenzen bildgebender Verfahren zu beurteilen und einzuschätzen, - ob nicht-invasive Untersuchungen ausreichend aussagekräftig waren, - ob Artefakte oder technische Limitationen vorliegen - und ob eine zusätzliche HKU einen diagnostischen	die Patienten regelhaft mit- und weiterbehandelt. KBV: Die oben gemachten Anmerkungen der KBV gelten alle- samt auch hier. DKG: Die DKG nimmt die Stellungnahme der DGN und der DRG dankend zur Kenntnis. Die Auswertung der Stellungnahme erfolgt unter Nummer 2

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Mehrwert bringt. 2. Die Radiologie als interventionelles Fach (DEGIR) Der leitlinienkonforme Einsatz bildgebender, nicht-invasiver Diagnostik und interventioneller Therapie ist Radiologinnen und Radiologen in allen anderen Gefäßterritorien des Körpers –unter anderem im aortalen, neurovaskulären, viszeralen und nicht viszeralen Gefäßsystem sowie im Becken- und Beingefäßbereich – seit Jahren vertraut und wird dort regelmäßig umgesetzt. In diesen Territorien ist die Radiologie aktiv interventionell tätig und besitzt somit die Expertise zur Beurteilung der Indikation, aber auch der potentiellen Risiken interventioneller Therapien. Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie haben sich bereits bei diversen durch den G-BA eingeführte Zweitmeinungsverfahren des Herz-Kreislaufsystems bewährt (https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1245/ und https://www.g-ba.de/service/fachnews/165/). 3. Objektive, interdisziplinäre Perspektive Im Koronarterritorium sind Radiologinnen und Radiologen	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		sowie Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner rein diagnostisch ausgerichtet. Diese Unabhängigkeit von therapeutischen Interessen erlaubt eine besonders objektive und kritisch abwägende Indikationsprüfung. Sie können als neutrale, objektive Instanz bewerten, ob die Belastung der Patientinnen und Patienten durch die diagnostische HKU mit ihren im Vergleich zu nicht-invasiven diagnostischen Verfahren deutlich höherem periinterventionellen Risiko (Eur Heart J. 2014;35(10):633-8) tatsächlich gerechtfertigt ist. Unnötige Komplikationen durch invasive Verfahren können nur durch Anwendung nicht-invasiver Diagnostik gänzlich ausgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund ist die Einbindung radiologischer oder nuklearmedizinischer Expertise vor invasiven Verfahren empfehlenswert. 4. Vermeidung ökonomisch gesteuerter Indikationen Die beabsichtigte Qualitätssteigerung und Reduktion invasiver Untersuchungen kann nur durch Zweitmeinung außerhalb der eigenen Fachrichtung als Korrektiv die gewünschte Wirkung entfalten. Getreu dem Prinzip der Zuweisung, das in der Radiologie und Nuklearmedizin allgegenwärtig ist, wird	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		die rechtfertigende Indikation von einer anderen Facharzt- richtung bestätigt und das unabhängige Vier-Augen Prinzip umgesetzt. Radiologinnen und Radiologen und Nuklearmedi- zinerinnen und Nuklearmediziner sind durch ihre Expertise und ihre unabhängige diagnostische Rolle besonders geeig- net, die Indikation zur HKU objektiv, unabhängig und patien- tenorientiert zu prüfen, um sicherzustellen, dass die Mög- lichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik vorher ausge- schöpft und sinnvoll genutzt wurden. Radiologie und Nuklearmedizin sollten daher eigenständig zur Erbringung der Zweitmeinung für die transarterielle HKU berechtigt sein. Nur so kann das Ziel des Zweitmeinungsver- fahrens, eine ökonomisch getriebene Mengenausweitung zu verhindern, erreicht werden. Wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, sollten Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin die Zweitmei- nung erbringen oder in diese einbezogen werden.	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Fachärztinnen und Fachärzte der Radiologie oder Nuklearmediziner sollten die Zweitmeinung erbringen oder bei unklaren Dissens-Situationen schlichtend einbezogen werden. Wir stimmen mit der in den tragenden Gründen formulierten Annahme überein, dass aus der Versorgungssicht vor allem zwei Fragestellungen relevant sind: 1. ob eine invasive HKU notwendig ist, 2. ob eine Perkutane Koronarintervention notwendig ist. In den tragenden Gründen wird richtigerweise formuliert, dass „für die erste Fragestellung insbesondere geprüft werden muss, ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden und im Ergebnis die Empfehlung der Durchführung einer invasiven Angiographie nachvollziehbar ist.“ Ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden, können aus unserer Sicht Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin optimal beurteilen. Es ist daher nicht ausreichend, dass sie	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		nur optional in den Prozess der Zweitmeinungserbringung mit einbezogen werden können. Vielmehr sollte immer dann, wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, die Expertise der Radiologie bzw. Nuklearmedizin mit einbezogen werden. Bezüglich der Prüfung einer perkutanen Koronarintervention unterstützen wir ausdrücklich das Prinzip der interdisziplinären Konferenz, analog zu den multi-disziplinären Tumorkonferenzen der Onkologie, in denen Disziplinen-übergreifend gemeinsam und einvernehmlich die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Schritte bei jedem Krebskranken diskutiert und festgelegt werden. Zwar wurden sogenannte Heart-Teams gegründet, in denen Kardiologen und Kardiochirurgen die Entscheidung zwischen offen-operativer vs. interventioneller Behandlung diskutieren. Für die primäre Frage – ob überhaupt Behandlungsbedarf besteht oder nicht – wäre aber die Erweiterung dieses Teams um zusätzliche Fächer, hier insbesondere die Radiologie und Nuklearmedizin als die Fächer, welche die nicht-invasive Bildgebung beherrschen, zu	

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		empfehlen. Diese beiden Fachdisziplinen bieten sich hier primär an, da hier die entsprechende Expertise hinsichtlich funktionell-ischämischer Diagnostik besteht, welche nicht-invasiv zur Indikationsstellung einer revaskularisierenden Therapie (PCI oder Bypass) bei einer Koronarstenose beiträgt und der invasiven Diagnostik mittels HKU-basierter Fraktionellen Flussreserve (FFR) nicht unterlegen ist (N Engl J Med. 2019;380(25):2418-2428). Das stärkt die interdisziplinäre Entscheidungsfindung. Wir regen also die Etablierung von „Heart-Boards“ an, deren fachliche Zusammensetzung denen von Tumor-Boards entspricht und welche v. a. bei Zweitmeinungsverfahren nach Option 2 eingesetzt werden soll.	
		Beschlussentwurf § 2 Abs. 1 Stellungnahme mit Begründung: Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin sollten eigenständig zur Erbringung der Zweitmeinung für die transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung berechtigt sein. Sie sind aus den in der allgemeinen Stellungnahme dargelegten Gründen (s.o.). dazu in besonderer	GKV-SV: s. o. unter Nr. 2

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Weise befähigt und prädestiniert. Änderungsvorschlag: Zur Erbringung der Zweitmeinung für den Eingriff sind Fachärztinnen oder Fachärzte folgender Fachrichtungen gleichermaßen berechtigt, wobei zur Vermeidung von Selbstzuweisung eine fachrichtungsinterne Validierung ausgeschlossen werden sollte. Zweitmeinungsberechtigte Fachdisziplinen in alphabetischer Reihenfolge: - Allgemeinmedizin oder - Herzchirurgie oder - Kardiologie oder Innere Medizin und Kardiologie oder - Nuklearmedizin oder - Radiologie	
		Beschlussentwurf § 2 Abs. 3 Stellungnahme mit Begründung:	GKV-SV: s. o. unter Nr. 2

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		Ob die Möglichkeiten der nicht-invasiven Diagnostik hinreichend ausgeschöpft wurden, können Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie oder Nuklearmedizin optimal beurteilen, da dies die Aufgabe dieser Fachgruppen in allen anderen Organsystemen ist. Daher soll immer dann, wenn die primäre Fragestellung an die Zweitmeinung ist, ob eine invasive diagnostische Koronarangiographie mittels Herzkatheter notwendig ist, die Expertise der Radiologie bzw. Nuklearmedizin mit einbezogen werden. Änderungsvorschlag: Bzgl. Option 1 (gemäß DKG): Jede kardiologische Indikationsstellung einer diagnostischen LHK bei KHK ist durch Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie, Nuklearmedizin, Herzchirurgie oder Allgemeinmedizin zu überprüfen, um zu evaluieren, ob die Möglichkeiten der leitlinienkonformen nicht-invasiven KHK-Diagnostik ausgeschöpft worden sind. Bzgl. Option 2 (gemäß DKG): In den speziellen Fällen, in denen die nicht-invasive KHK-Diagnostik (bspw. Planung CABG) für nicht ausreichend gehalten wird und ein LHK zu diagnos-	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		tischen Zwecken durchgeführt werden soll, soll die Zweitmeinung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Herzchirurgie oder der oben genannten Fachdisziplinen erbracht werden. Dies ermöglicht die interdisziplinäre Besprechung im Rahmen eines Heart-Boards, analog zum Tumor-Board.	
		Ggf. Literaturverzeichnis https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004l_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf https://epaper.herzstiftung.de/epaper/36_DHzB_2025.pdf https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/10/633/430463?login=true https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/10/633/430463 https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/36/3415/7743115 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001030?url_ver=Z39.8	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 1. Juli 2026)
		8-2003&rfr_id=ori:rid:cross-ref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1245/ https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/impro.709 https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1716734 https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.icmg.2025.10.015 https://www.g-ba.de/service/fachnews/165/ https://www.g-ba.de/beschluesse/7708/ https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-2084-7454	

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 25. März 2026 bzw. 10. Juni 2026 eingeladen bzw.im Unterausschuss 1. Juli 2026 angehört:

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	10. Juni 2026	ja
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGN)	24. Juni 2026	ja
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)	12. Juni 2026	ja
Deutsche Röntgen Gesellschaft e.V. (DRG)	22. Juni 2026	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am **1. Juli 2026** durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 1. Juli 2026) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündli- chen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 1. Juli 2026) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
2.	Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedi- zin e.V. (DGN) [entspricht Stellungnahme der DRG, siehe Lfd. Nr. 4]	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und Deut- sche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Röntgen Gesellschaft e.V. (DRG) [entspricht Stellungnahme der DGN, siehe Lfd. Nr. 2]	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinme- dizin und Familienmedizin (DEGAM)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Wortprotokoll

**einer Anhörung des Gemeinsamen Bundesausschusses
zum Thema AG Zweitmeinung – Richtlinie zum
Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL): Aufnahme von
Eingriffen zur transarteriellen Linksherz-Katheter-
untersuchung ggf. mit perkutan-transluminaler
Koronargefäßintervention: Anhörung, Auswertung des
Stellungnahmeverfahrens und Beschlussempfehlung**

Vom 1. Juli 2026

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	10:48 Uhr
Ende:	11:21 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Herr Dr.

Frau Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGN)

Herr Dr. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Herr Prof.

Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)

Herr Prof. Dr.

Herr Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Herr Prof. Dr.

Herr Prof. Dr.

Beginn der Anhörung: 10:48 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer ist der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich begrüße Sie sehr herzlich. Vielen Dank, dass Sie sich mit Ihrer Expertise heute Morgen zur Verfügung stellen. Ich will - Klammer auf: wie immer, Klammer zu - einige kurze Anmerkungen zur Organisation machen. Ich bitte Sie, Ihr Mikro zu verwenden, und wenn Sie das Wort ergreifen, zu Beginn immer Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, nennen. Das ist wichtig für unser stenografisches Protokoll, das nachher im Internet veröffentlicht wird.

Sie dürfen davon ausgehen, dass wir Ihre Stellungnahmen gelesen haben, vor allem auch die Arbeitsgruppe, die Sie bereits intensiv beraten hat und womöglich nachher Fragen dazu hat.

Das, was jetzt folgt, ist ein ergänzender mündlicher Beitrag, in dem Sie Gelegenheit haben, zu akzentuieren – oder wenn Ihnen etwas in der schriftlichen Stellungnahme zu kurz gekommen ist, dieses hier noch einmal mündlich darzustellen. Anschließend gibt es Gelegenheit zur mündlichen Nachfrage.

Fünf stellungnahmeberechtigte Organisationen haben sich zurückgemeldet. Die Reihenfolge, in der ich Sie aufrufe, ergibt sich ganz banal aus dem Zeitpunkt Ihrer Rückmeldung. Und im Anschluss an diese fünf Stellungnahmen hätte der Unterausschuss Gelegenheit zur Rückfrage, zu Verständnisfragen usw.

Damit haben wir die Formalien besprochen. Auf dem Bildschirm müssten Sie jetzt eine Sanduhr sehen. Sie haben drei Minuten Zeit für Ihr Statement und die Sanduhr soll Sie beim Zeitmanagement unterstützen.

Dann hatte sich als Erste zurückgemeldet die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, die DEGAM. Es ist uns zugeschaltet Frau Prof. (DEGAM). Frau Prof. (DEGAM), Sie haben das Wort.

Frau Prof. (DEGAM): Guten Morgen! Leider hat Dr. (DEGAM), der die Stellungnahme verlesen sollte, die Zeit verwechselt und müsste gleich noch dazukommen. Ich kann insofern anfangen.

Es ist ganz wichtig, dass wir gerade hier, bei den Koronarangiografien, ein Zweitmeinungsverfahren einführen, weil wir da eine erhebliche Fehlversorgung haben und auch Änderungen in der ganzen Steuerung dadurch, dass wir die Koronarangiografie jetzt als ein zu präferierendes Verfahren bei der Diagnostik haben.

Von daher ist es wichtig, dass da auch genügend Potenzial da ist. Wir sehen dieses Potenzial sehr gut in den hausärztlichen Praxen etabliert, weil wir ja schon mit dem DMP KHK diese Patientengruppe sehr stark betreuen und uns auch bei der NVL bei der Frage der Diagnostik sehr gut eingebracht haben. Von daher sind, wie gesagt, hausärztliche Praxen, die an dem DMP teilnehmen, hier prädestiniert, an diesem Zweitmeinungsverfahren wesentlich mitzuarbeiten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau Prof. (DEGAM). – Dann folgt als nächste die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin. Angemeldet ist Herr Dr. (DGN).

Herr Dr. (DGN): Ich würde für die DGN sechs zusammenfassende Punkte erwähnen.

Erstens: Wir unterstützen natürlich diese zweite Meinung, diesen Mechanismus in dem Entscheidungspfad, gleichberechtigt mit den anderen Fächern, die hier repräsentiert sind.

Zweitens: Das SPECT und das PET sind lang etablierte Verfahren, die die Chemielast messen können. Daher ist es für uns wichtig, diese Stenosen, was wir hier als Ziel haben, funktionell relevant beurteilen zu können.

Drittens: Ich würde sagen, dass man praktisch auch den Fakt unterstützt, dass man die nichtinvasiven Möglichkeiten zuerst ausschöpfen sollte, bevor man die invasive Koronarangiografie dem Patienten anbietet.

Viertens: Ich würde sagen, dass insbesondere bei schwierigen Patienten diese Technik ein Weg bzw. eine Möglichkeit ist, gezielt die richtigen Gefäße dann als Hauptziel für weitere Interventionen zu erkennen.

Fünftens, das wurde auch schon im Dokument erwähnt: Man hat natürlich auch als Argument, dass dieser Entscheidungspfad nicht invasiv zuerst und invasiv danach, es wurde auch in mehreren Studien gezeigt, dass das auch ökonomisch relevant war. Insgesamt sind die kostengünstiger, wenn man gezielt die Patienten vorselektiert. Und das unterstützen wir natürlich vollkommen.

Letzter Punkt: Ich würde sagen, dass dieses interdisziplinäre Herzboard von unserer Gesellschaft auch gewünscht ist, daran nehmen wir gern teil. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Dr. (DGN). – Die nächste Gesellschaft ist die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz und Gefäßchirurgie, die DGTHG, und es hat sich Herr Prof. (DGTHG) angemeldet.

Herr Prof. (DGTHG): Guten Morgen! – Ich denke, dass das Zweitmeinungsherzpaket wirklich das Potenzial hat, dazu beizutragen, die Versorgung unserer Patienten bei bekannter KHK deutlich zu verbessern. Die Komplexität dieses Zweitmeinungsverfahrens liegt aber in der Tatsache, dass hier zwei Dinge besprochen werden, und zwar einmal die diagnostische Untersuchung, die diagnostische Linksherzkatheteruntersuchung, aber auch die PCI kann zur Diskussion stehen.

Die Versorgungsrealität ist nun so, dass die KHK in Analogie zu auch anderen Herzerkrankungen - ich erinnere da an die MHI-Richtlinie - im Herzteam Kardiologie, Herzchirurgie, Kinderkardiologie diagnostiziert und therapiert wird. Das heißt, in diesem Kontext agieren die beiden Fachgesellschaften schon lange paritätisch und sind deshalb meiner Meinung nach prädestiniert - und vor allem qualifiziert -, hier gleichberechtigt Zweitmeinungen abgeben zu können.

Die weiteren Fachgebiete, denke ich, sollten beratend und unterstützend im Kontext der Indikation für eine Linksherzkatheteruntersuchung eingebunden werden. Denn letztendlich: Die leitliniengerechte Indikation für einen therapeutischen Eingriff, sei es PCI, sei es PCI versus CABG, wird letztendlich dann durch den Herzchirurgen oder den Kardiologen den Patienten differenziert in einem solchen Zweitmeinungsgespräch empfohlen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Prof. (DGTHG). – Und es folgt die Deutsche Röntgengesellschaft. Es haben sich angemeldet Herr Prof. (DRG) und Herr Prof. (DRG). Wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DRG): Ich kann gern sprechen. Guten Morgen.

Aus Sicht der Patienten geht es im Zweitmeinungsverfahren darum, Patienten vor unnötiger Strahlenbelastung, vor unnötigen invasiven Eingriffen und vor unnötigen Risiken zu schützen. Vor diesem Hintergrund sollten wir das Zweitmeinungsverfahren einführen, insbesondere vor invasiven Untersuchungen.

Es muss differenziert werden zwischen der diagnostischen Erstuntersuchung und, wie Prof. (DGTHG) eben schon ausführte, den revaskularisierenden Maßnahmen. Und bei dieser Option 1 geht es vor allen Dingen darum, den Ausschluss einer relevant obstruierenden... KHK zu führen und hier die Indikationsstellung für den Herzkatheter mit einer Vortestwahrscheinlichkeit von 85 % im Vorfeld zu validieren, falls der vorliegen sollte.

Alle bislang angesprochenen Parteien, alle die hier anwesend sind, sind im Sinne eines Zweitmeinungsverfahrens aus meiner Sicht berechtigt, diese noninvasiven Verfahren einzuschätzen. Es macht aus unserer Sicht extrem viel Sinn und es ist geboten, eine Crossover-Validierung zu machen. Das bedeutet, Disziplinen, Fachdisziplinen, die den Herzkatheter durchführen, sollten von einer anderen Fachdisziplin validiert werden, vice versa.

In der Radiologie sind wir als Querschnittsfach zuweisungsgebunden, das heißt, wir sind dieses Zweitmeinungsverfahrens im Prinzip gewöhnt und es hat sich etabliert, denn wir werden erst dann tätig, wenn eine andere Fachdisziplin uns damit beauftragt, und wir überprüfen dann diese entsprechenden Indikationen und führen sie dann durch oder lehnen sie entsprechend ab.

Aus Sicht des Heart Teams oder Heartboards würde ich empfehlen, die Fachdisziplinen Kardiologie und Herzchirurgie absolut als gesetzt zu sehen. Natürlich: Die Integration der anderen Fächer, die die diagnostische Vorbereitung geführt haben, müssten aber integriert werden, weil sonst ein Informationsverlust im Heart Team vorliegen würde und das Heartboard sich ja bei anderen Erkrankungen wie Tumoren absolut durchgesetzt hat und im Sinne des Patienten funktioniert.

Um das Ganze praktikabel zu machen, schlagen wir vor, dass wir uns an die anderen Zweitmeinungsverfahren, wie beim metastasierten Prostatakarzinom, angleichen, sodass es bereits ein Modell dafür gibt, und uns auf die Position zurückführen, dass man Abklärung KHK als Indikation oder als mögliches Thema, als mögliches klinisches Symptom angibt, um dann zu prüfen: nicht, muss der Herzkatheter durchgeführt werden, sondern welches Verfahren muss für die Abklärung einer KHK primär intendiert sein, und dann werden alle noninvasiven Verfahren als auch der Herzkatheter mit abgeklärt und primär durch dieses Zweitmeinungsverfahren überprüft. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen Herr Prof. (DGR). – Und als letzte ist aufgerufen die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, Herr Prof. (DGK) und Herr Prof. (DGK), wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DGK): Wir haben jetzt die gemeinsame Stellungnahme mit den Herzchirurgen abgegeben. Was Prof. (DGTHG) gesagt hat, kann ich nur unterstreichen. Unserer Meinung nach sind primär Kardiologen und Herzchirurgen für die Zweitmeinung qualifiziert, da die anderen Fachgruppen bei aller Wertschätzung, die wir ihnen gegenüber haben und die wir natürlich auch brauchen, in der Regel aber keine Indikation für eine Herzkatheteruntersuchung stellen. Auch nicht die Hausärzte, die Patienten im Rahmen eines DMP betreuen.

Zweiter Punkt: Die CT-Koronarangiografie klang bereits an. Hierzu muss man aber noch mal klarstellen, dass das CT im Rahmen der GKV nur indiziert ist bei Patienten mit Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung. Die stellen lediglich ein Drittel der Patienten dar, die eine invasive Diagnostik bekommen. Ein weiteres Drittel sind Akutpatienten, die hier nicht betroffen sind. Und ein weiteres Drittel sind Patienten mit bereits bekannter KHK. Da ist das CT keine Leistung der GKV. Und auch bei Patienten, wo der Verdacht auf eine KHK besteht, sind nicht alle für dieses Verfahren geeignet. Das betrifft die Herzfrequenz, das betrifft

ausgeprägte Verkalkungen. Und es steht ja auch drin, auch die lokale Expertise, welche Geräte vor Ort verfügbar sind, eine Rolle spielen. Das heißt, das CT kann nur bei einem geringen Teil der Patienten tatsächlich auch eine invasive Diagnostik ersetzen.

Der dritte Punkt, das klang auch in den tragenden Gründen wieder an: die Festlegung, wenn eine invasive Therapie erforderlich ist, ist das jetzt eine PCI oder eine Bypass-Operation? Und das kann im Vorfeld einer invasiven Diagnostik praktisch nie sicher entschieden werden. Auch nicht, wenn man ein CT hat, weil auch beim CT Überschätzungen des Schweregrades der Stenose vorkommen können. Dann brauchen wir eben funktionelle Verfahren, entweder im Rahmen der Herzkatheteruntersuchung oder eine nichtinvasive Ischämiediagnostik. Und es besteht auch Konsens zwischen den Herzchirurgen und den Kardiologen, dass zum Beispiel aufgrund einer CT-Koronarangiografie keine Indikation zu einer Bypass-Operation gestellt werden soll, sondern dass immer die invasive Koronarangiografie erforderlich ist. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (DGK). – Jetzt schaue ich in die Runde. Mittlerweile ist uns Herr Dr. (DEGAM) von der DEGAM zugeschaltet. Frau (DEGAM) hat ja vorher die Zeit nicht zu Ende gebracht. Wären Sie damit einverstanden, dass Herr (DEGAM) noch ein kurzes Statement als derjenige abgibt, der die schriftliche Stellungnahme erstellt hat? – Ich sehe keinen Widerspruch. Herr Dr. (DEGAM), dann kurz und knapp die wesentlichen Punkte bitte aus Ihrer Stellungnahme.

Herr Dr. (DEGAM): Ein wesentlicher Punkt dafür, dass wir sagen, die diagnostische Koronarangiografie gehört mit ins Zweitmeinungsverfahren, ist die Tatsache, wie viele dieser Untersuchungen weiterhin laufen. In der DKG-Stellungnahme hatte es ja geheißen, dass die rein diagnostische Koronarangiografie in der Regel nicht indiziert sei und dass man sie deswegen nicht reinnehmen solle. – Wir sind da anderer Ansicht. Gerade weil es so viele sind, ist es unseres Erachtens unbedingt notwendig.

Und was die mit PCI verbundene Koronarangiografie angeht, sehen wir das große Problem einer massiven Überversorgung in Deutschland. Und unser Interesse ist es, das reflexhafte Dilatieren zu beenden, was sich darin spiegelt, dass anders als in den meisten anderen industrialisierten Ländern auf einen Bypass nicht drei PCIs kommen, sondern in Deutschland zehn – kurz und knapp.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. Dann ist der Zeitrahmen auch, glaube ich, gut eingehalten. – Jetzt gucke ich in die Runde. Gibt es Fragen an die Sachverständigen? – Die Patientenvertretung.

PatV.: Ich hätte zwei Fragen an die DGTHG und die DGK. Die betreffen beide § 2 Abs. 3 und dort die Vorgaben zur interdisziplinären Indikationsstellung. Die erste Frage wäre: in der Position von GKV-SV, DKG und KBV: könnten Sie sagen, was an der Position aus Ihrer Sicht ungünstig ist? Insbesondere in Ihrer gemeinsamen Stellungnahme schlagen Sie ja auch vor, Satz 1 und 2 zu streichen.

Die zweite Frage betrifft den gleichen Absatz in § 2: Wir haben jetzt drei Positionen: zum einen Ihren Vorschlag für einen modifizierten Satz 3, dann haben wir die Position von GKV-SV, DKG und KBV und dann haben wir den Vorschlag der Patientenvertretung. Könnten Sie jetzt vor dem Hintergrund der Vorgaben der Leitlinie zur interdisziplinären Indikationsstellung mal diese 3 Positionen vergleichend dahingehend kommentieren, welche davon in welchem Umfang auch den Leitlinienvorgaben aus Ihrer Sicht entsprechen würde? Und es wäre schön, wenn Sie die Fragen jede für sich beantworten könnten. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Dann würde ich beginnen mit der DGTHG, Herr Prof. (DGTHG).

Herr Prof. (DGTHG): Es geht jetzt also um den Abschnitt 3 in § 2 richtig?

PatV.: Richtig.

Herr Prof. (DGTHG): Da muss ich mich jetzt noch mal gerade – – Also wir haben ja eingegeben, dass wir vice versa - Kardiologie und Herzchirurgie - dieses Zweitmeinungsverfahren führen sollen, weil wir eben auch entsprechend den Leitlinien die beiden Fachgesellschaften sind, die die Indikation sowohl zur diagnostischen Untersuchung als auch dann - und das ist eben die Komplexität dieses Zweitmeinungsverfahrens - zur Therapie stellen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Prof. (DGTHG), ich würde dann zunächst mal die DGK aufrufen, und vielleicht wollen Sie nachher noch einen Satz ergänzen. – Herr Prof. (DGK) oder Herr Prof. (DGK).

Herr Prof. Dr. (DGK): Ich habe gerade Probleme, den entsprechenden Absatz auf meinem Rechner aufzurufen. Können Sie noch mal konkretisieren, um welche Fragestellungen es da jetzt geht mit dem Paragraphen, den finde ich im Moment nicht.

PatV.: Es geht um die Vorgabe zur interdisziplinären Indikationsstellung, dort, wo gesagt wird, dass Herzchirurgen und Kardiologen gemeinsam die Indikationsstellung vornehmen sollten bzw. jeweils andere Disziplinen hinzugezogen werden sollen. In der Position von GKV-SV, DKG und KBV gibt es drei Sätze dann dabei. Der eine sagt: Wenn die Herzchirurgen Erstmeinende waren, dann sollen sie auch die Zweitmeinung durchführen; und das Gleiche für den Bereich der Kardiologie.

Und in Ihrer gemeinsamen Stellungnahme sagen Sie: Satz 1 und 2 sollten am besten gestrichen werden, und Satz 3 sollte umformuliert werden. Und da war meine Bitte, dass Sie hierzu noch mal ausführen, wieso Sie diese Positionen von GKV-SV, DKG und KBV ungünstig finden, wieso Sie meinen, dass Satz 1 und 2 gestrichen werden sollten. Das war die erste Frage. Vielleicht begrenzen wir das erst mal auf die erste Frage.

Herr Prof. Dr. (DGK): Beginnen wir vielleicht damit, dass man das klar beantworten kann. Also im Prinzip muss man sagen, dass ja die Koronarangiografie primär etwas ist, was die Kardiologen durchführen. Von daher ist es eigentlich egal, ob jetzt die Kardiologen oder die Herzchirurgen die Zweitmeinung durchführen. Wir reden jetzt nur von der Indikation für die Koronarangiografie, nicht für die interventionelle oder operative Therapie, richtig? – Ja. Und von daher: Es gibt auch viel weniger Herzchirurgen, als es Kardiologen gibt. Also ich glaube, es ist nicht pragmatisch, wenn man sagt, jede Indikation, die vom Kardiologen gestellt wird, soll dann vom Herzchirurgen überprüft werden – oder umgekehrt. Das ist ein rein pragmatischer Ansatz. Die Leitlinien selbst sagen ja gar nichts zu Zweitmeinungsverfahren. Die Leitlinien beziehen sich auf das Herz-Team im Sinne der Entscheidungsfindung, ob eine operative oder interventionelle Therapie durchgeführt wird. Die beziehen sich aber nicht irgendwo auf die Indikationsstellung zur Koronarangiografie selbst.

Herr Prof. (DGTHG): Wenn ich noch kurz etwas dazu ergänzen darf: Das würde auch ja die Versorgungsrealität widerspiegeln. Wir diskutieren ja auch in der Versorgungsrealität nicht jeden einzelnen Fall, weil viele Fälle in der Indikationsstellung glasklar sind. Wir diskutieren die im H-Team genau dann, wenn wir in Grauzonen sind, wo wir gleichwertige Leitlinienempfehlungen für das eine oder andere Verfahren haben. Ich glaube, das ist der praktikable und auch in der Versorgungsrealität durchgeführte Ansatz: dass man natürlich nicht jeden Fall interdisziplinär besprechen muss, sondern eben insbesondere die Fälle, die in Grauzonen liegen und wo wir gleichwertige Leitlinienempfehlungen haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Die Patientenvertretung.

PatV.: Ja, die zweite Frage war: Wenn Sie diese drei Formulierungsvorschläge betrachten - Ihr eigener in der Umformulierung des dritten Satzes, der zweite von GKV-SV, DKG, KBV und der dritte der Patientenvertretung -, wären Sie so gut, mal aus Ihrer Sicht diese vergleichend zu bewerten: Welcher erfüllt nach Ihrer Auffassung am ehesten die Vorgaben – oder entspricht am ehesten den Vorgaben der Leitlinie?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die Frage ging jetzt nur an Herrn (DGK)?

PatV.: An beide, wieder an beide, also ich würde an beide adressieren.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, dann soll Herr (DGK) beginnen.

Herr Prof. Dr. (DGK): In den Leitlinien ist mir kein Punkt – der auf die Indikationsstellung zur Koronarangiografie als Zweitmeinung abzielt. Dazu gibt es keine Leitlinie.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Und Herr Prof. (DGTHG).

Herr Prof. (DGTHG): Ja, ich kann jetzt nur sagen, ich kann jetzt nicht so ganz den Punkt verstehen. Den müssen Sie noch mal etwas schärfen, bitte. Was wollen Sie jetzt genau wissen?

PatV.: Wir haben ja drei Formulierungen, die liegen Ihnen vor, richtig?

Herr Prof. (DGTHG): Ja, die liegen mir vor, kann ich ja –

PatV.: Genau. Und das sind ja sehr ähnliche Formulierungen, teilweise sehr ähnlich.

Herr Prof. (DGTHG): Richtig.

PatV.: Und meine Frage bezog sich darauf, so aus Ihrer Fachexpertise, Ihr Unterscheiden, Ihre unterscheidenden Bewertungen im Detail jetzt: Wenn Sie sich diese leicht unterschiedlichen Formulierungen anschauen, welche sind denn dann entsprechend nach Ihrem Dafürhalten am ehesten der Vorgabe der Leitlinie, dass die Indikationsstellung da interdisziplinär erfolgen sollte?

Herr Prof. (DGTHG): Ja, ich denke, die, die wir eingegeben haben. Ich denke, die von uns eingebracht worden ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Gut. Danke schön. – Jetzt hatte sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeldet.

DKG: Aus unserer Sicht zeigen die Stellungnahmen, dass die vorliegende Evidenz zum Einsatz von Koronarangiografien und PCI von den Fachgesellschaften unterschiedlich bewertet wird. Daraus scheint sich unter anderem ein unterschiedliches Verständnis zu ergeben, ob sich rein diagnostische Koronarangiografien trennscharf von Koronarangiografien zur Therapieplanung abgrenzen lassen.

Wir möchten die DEGAM, die DRG und die DGK bitten, ihre Sichtweise darzulegen, inwiefern eine Abgrenzung zwischen rein diagnostischen Koronarangiografien und Koronarangiografien zur Therapieplanung im klinischen Alltag möglich ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Dann geht die erste Frage an die DEGAM, Herr Dr. (DEGAM).

Herr Dr. (DEGAM): Ja, an dieser Stelle beißt sich die Schlange so ein bisschen in den Schwanz. Wenn Sie danach fragen, ob die Abgrenzung möglich sei - und Sie selbst hatten ja in Ihrer Stellungnahme angeregt, die diagnostische Koronarangiografie gar nicht in das Zweitmeinungsverfahren einzubeziehen -, darin sehe ich einen Widerspruch.

Fakt ist: Sie haben natürlich recht damit, dass zumindest im Bereich der mittleren Vortestwahrscheinlichkeit die Nationale Versorgungsleitlinie ganz klar empfiehlt, dass die CCTA das vorrangige diagnostische Verfahren sein soll, eben aus dem Grund, dass sonst häufig der therapeutische Automatismus, dass gleich dilatiert wird, einsetzt. Und das beantwortet möglicherweise Ihre Frage. Die Evidenz ist ja gut dafür, dass, wenn nicht aus Gründen der Symptomkontrolle die PCI bei der stabilen koronaren – oder der chronischen koronaren Herzkrankheit keinen prognostischen Nutzen hat, wird aber massenhaft durchgeführt. Und beides liegt sehr eng beieinander. Aus unserer hausärztlichen Sicht und auf Grundlage der uns vorliegenden Zahlen ist es eindeutig so, dass aktuell kaum auseinandergehalten wird, ob eine Koronarangiografie rein diagnostisch oder gleich als PCI durchgeführt wird. Und gerade damit die Möglichkeit da ist, setzen wir uns dafür ein, die Zahl der Koronarangiografien deutlich zu reduzieren. Ich hoffe, ich konnte Ihre Frage etwas beantworten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Dann folgt die Deutsche Röntgengesellschaft, Herr (DRG).

Herr Prof. (DRG): Ich würde gern antworten. Ich glaube, das ist eine sehr wichtige und ganz zentrale Frage, denn dieses Zweitmeinungsverfahren zum Thema „Herzkatheter Ja/Nein?“ kommt unserer Ansicht nach einen kleinen Schritt zu spät, denn eigentlich muss die Frage sein: Welches Verfahren setzen wir initial bei Verdacht oder zum Ausschluss einer koronaren Herzerkrankung ein? Und dafür bräuchten wir ein Zweitmeinungsverfahren, an dem alle Fachgesellschaften, die diese Frage beantworten können, beteiligt sind.

Wenn man sich das aktuelle Zweitmeinungsverfahren anschaut, dann stellt man fest, dass es sehr unterschiedliche Eingriffe gibt, die Sie dort aufgelistet haben, zum Beispiel der Eingriff 2, da geht es gezielt um die Hysterektomie. Das ist ganz klar, damit ist der Pfad schon gebahnt für den Patienten. Und wenn Sie einen zweiten Gynäkologen fragen, werden Sie auch die Antwort kriegen „ja, Hysterektomie“, und andere Verfahren, die alternativ möglich sind, kommen überhaupt nicht vor. Darum finde ich das Zweitmeinungsverfahren zu dem Eingriff 13 sehr viel gelungener, wo Sie ein klinisches Problem definieren, nämlich das nicht metastasierte Prostatakarzinom, dann alle Verfahren auflisten, die an dieser Stelle geeignet sind, um dieses klinische Problem zu lösen, und dann ein Zweitmeinungsverfahren einführen, bei dem alle beteiligten Fachgesellschaften zu Wort kommen können. Und das wäre an dieser Stelle meiner Ansicht nach bei der Diagnostik oder bei der Frage „hat ein Patient eine koronare Herzerkrankung?“ auch angezeigt, genau so zu verfahren: den Eingriff zu definieren als mit dem klinischen Problem - koronare Herzerkrankung: Ja oder Nein? - und dann dort sowohl die Kardiologen, die Nuklearmediziner und die Radiologen zu Wort kommen lassen. Das würde eine Diskussion auf Augenhöhe ermöglichen und den Patienten auch einen unvoreingenommenen Blick auf die unterschiedlichen Verfahren ermöglichen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (DRG). – Und last, but not least die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie.

Herr Prof. Dr. (DGK): Ich darf vielleicht noch mal ganz kurz auf Herrn (DRG) antworten. Ich glaube, das ist bei einer Volkskrankheit nicht sehr realistisch, zumal wir eine Unzahl von Methoden haben, die wir einsetzen können. Das fängt beim normalen Belastungs-EKG an, beim Stress-Echo. Wir haben das Koronar-CT, wir haben die Myokardszintigraphie, wir haben das Kardio-MRT. Also ich glaube, das wäre im Rahmen der Häufigkeit der Patienten nicht realistisch umsetzbar.

Um auf die Frage der DKG zu antworten: Da ging es ja um die Abgrenzung – wie sieht es aus: einseitig, zweiseitig? – Wir haben erst mal Zahlen, wie häufig das ist. Also eine PCI wird in 36 % aller Untersuchungen einseitig durchgeführt, das sind die Zahlen vom IQTIG. Das heißt, dass

92 % aller PCI einseitig durchgeführt werden. Warum ist das so? – Wenn ich vorher die entsprechende Vordiagnostik habe, zum Beispiel mit dem Myokardszintigramm sehe, da ist eine ausgedehnte Myokardischämie. Dann mache ich die invasive Diagnostik und sehe, da ist eine hochgradige Stenose. Da wäre es für den Patienten viel belastender, wenn ich jetzt einen zweiten Eingriff mache, wenn ich den Patienten wieder ablege, es dann noch mal in einem Team bespreche, wo eh klar ist, was am Ende des Tages rauskommt. Da muss der Patient ein zweites Mal kommen, wird ein zweites Mal arteriell punktiert. Alles geht wieder von vorne los, hat mehr Strahlenexposition, mehr Kontrastmittel. Also das ist medizinisch auch nicht sinnvoll vertretbar.

Was die Vordiagnostik mit dem CT angeht, muss man sagen: Das wird ja immer wieder gefordert, aber das CT, muss man ganz klar sagen, überschätzt auch Stenosen. Das heißt, wenn ich jetzt eine hochgradige Stenose sehe, das hängt von der Gerätetechnik ab, das kann Herr (DRG) noch besser beantworten, ob ich einen 64-Zeiler oder einen Photonen-Counter habe, das Problem beim CT ist immer die Überschätzung der Stenose. Das heißt, der Stenosegrad erscheint im CT höhergradiger, als er wirklich ist. Das heißt, ich habe auch eine hochgradige Stenose vielleicht im CT, die ist invasiv, aber gar nicht so hochgradig, der Patient wird konservativ behandelt. Also in diese Richtung geht es durchaus auch.

Und wenn es intermediäre Stenosen gibt, die man morphologisch nicht eindeutig einschätzen kann, dann haben wir noch die intrakoronare Bildgebung mit IVUS oder eine FFR-Messung intrakoronar. Und wenn ich dann feststelle, die Stenose ist hochgradig und hämodynamisch bedeutsam, das ist auch vom technischen Ablauf her ganz einfach, da liegt eh schon ein Draht im Gefäß, dann auch direkt die interventionelle Therapie durchzuführen.

Also man kann es im Vorfeld nicht immer sicher differenzieren, und auch um die Patientenbelastung zu reduzieren, wird es in vielen Fällen, wie die Zahlen vom IQTIG zeigen, noch einzeitig gemacht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Gibt es weitere Fragen an die Organisationen? – Das ist nicht der Fall. Dann danke ich Ihnen sehr herzlich für Ihre Expertise und wünsche noch einen angenehmen Tag! Und wir würden jetzt ohne Sie weitertagen. Danke schön!

Schluss der Anhörung: 11:21 Uhr