

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir freuen uns sehr, dass Sie uns Ihre Patientin/Ihren Patienten zur **Koronar-CT (Kardio-CT)** überweisen möchten.

**Was gilt für alle Patient\*innen? Allgemeine Selektionskriterien für eine Kardio-CT im IBID**

Für ein aussagekräftiges Ergebnis streben wir gut darstellbare Herzkranzgefäße bei einer **Herzfrequenz < 65 bpm** (zum Untersuchungszeitpunkt) an. Unsere Selektionskriterien sind daher:

- **Sinusrhythmus vor Betablocker < 90 bpm**
- **Keine Koronarstents, keine Bypässe**

**Was gilt speziell für gesetzlich versicherte Patient\*innen?** Seit Januar 2025 ist die Kardio-CT für 2 Indikationen bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen eine Kassenleistung:

**Indikation 1 - KHK-Screening:**

- **Symptomatik + Vortestwahrscheinlichkeit (VTW):** Bei Patient\*innen mit **KHK-typischer Symptomatik** muss die **VTW** für das Vorliegen einer KHK **mindestens 15 %** betragen.
- **Berechnung der VTW, zwei Methoden (Details siehe PDF „VTW-Berechnung“):**
  - o Marburger Herz-Score (*hausärztliche Versorgungsebene*)
  - o Tabelle der Discharge-Studie (*kardiologische Versorgungsebene*)
- **Überweisungsschein: VTW und Berechnungsmethode müssen vermerkt sein!**

**Indikation 2 - präoperative Abklärung vor Herz OP:**

- Unabhängig von der Vortestwahrscheinlichkeit kann die Leistung auch erbracht werden, wenn die Kardio-CT im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen zum Ausschluss einer KHK medizinisch notwendig ist.

Zur **Terminanfrage** senden Sie uns bitte eine **Kopie des Überweisungsscheins mit allen unten aufgeführten Informationen** per Fax/Mail/Post an die u. g. Adresse. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

**Checkliste – Was muss auf den Überweisungsschein?**

**Indikation 1 – „V. a. KHK“**

1. **Vortestwahrscheinlichkeit (min. 15 %):** .....%
2. Zur Bestimmung angewendete VTW-Methode:
  - a. Marburger Herz-Score
  - b. Discharge-Studie
3. **Sinusrhythmus: ja/nein, Ruhe-HF** (optimal < 90 bpm): .....bpm
4. Auf Wunsch: Telefonnummer/E-Mail Patient\*in zur direkten Terminvergabe durch das IBID

**Indikation 2 – „Z. A. KHK vor OP“**

1. Geplante Herz-Operation
2. Auf Wunsch: Telefonnummer/E-Mail Patient\*in zur direkten Terminvergabe durch das IBID

Mit herzlichen, kollegialen Grüßen,  
Ihr IBID-Team