

Aktualisierung des DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die **Anforderungen an Disease-Management-Programme für Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)** aktualisiert. Der Beschluss ist am 1. April 2020 in Kraft getreten. Innerhalb eines Jahres müssen die regionalen Verträge entsprechend angepasst werden, sodass **das aktualisierte DMP ab 1. April 2021 in den Praxen umzusetzen** ist. Für Patientinnen und Patienten, die innerhalb dieser Übergangs-/Jahresfrist in das DMP KHK aufgenommen wurden, ist keine erneute Einschreibung erforderlich.

Die wissenschaftliche Grundlage für die beschlossenen Änderungen ist insbesondere die Leitlinienrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Relevante Änderungen betreffen etwa die **individuelle Therapieplanung** und **ärztliche Kontrolluntersuchungen**. Die bisher vorgeschriebene jährliche Risikoabschätzung wird durch eine individuell festzusetzende Verlaufskontrolle ersetzt und die Empfehlungen zu den Kontrolluntersuchungen spezifiziert.

Hervorzuheben sind ebenfalls die **Aktualisierung der medikamentösen Behandlung der KHK mit Betablockern und Statinen**, der hohe Stellenwert von **körperlicher Aktivität** – inklusive aerobem Training und Krafttraining für den Krankheitsverlauf bei KHK sowie die Ergänzung der Anforderungen um KHK-relevante Schulungen für Patientinnen und Patienten.

Das ist neu

Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

Für eine Einschreibung gilt die Diagnose mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit als gesichert:

- bei Vorliegen einer **typischen Konstellation** aus Symptomatik, Anamnese, körperlicher Untersuchung, Begleiterkrankungen und Hinweisen auf eine myokardiale Ischämie (reversibel oder irreversibel) oder pathologischen Befunden in nichtinvasiven Untersuchungsverfahren oder
- durch direkten Nachweis mittels **Koronarangiografie** oder
- bei einem **akuten Koronarsyndrom** (ACS) in der Vorgeschichte.

Umsetzung ab
1. April 2021

Individuelle Therapieplanung und ärztliche Kontrolluntersuchungen

Die jährliche Risikoabschätzung wird durch eine **individuelle Verlaufskontrolle** ersetzt. Insbesondere folgende Parameter sollen überprüft werden:

- die Symptomschwere (nach der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society, CCS),
- kardiale Risikofaktoren und
- Hinweise für mögliche Komplikationen der KHK, wie z. B. Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen,
- Indikation und Wirksamkeit der medikamentösen Therapie und die Therapieadhärenz (Therapietreue)

Ebenfalls sollen die individuell vereinbarten Therapieziele geprüft und wenn notwendig angepasst werden. Anpassungen der medikamentösen Therapie sind je nach individueller Konstellation zu erwägen.

In mindestens jährlichen Abständen sollten je nach individueller Risikokonstellation Kontrollen von entsprechenden Laborparametern erfolgen (z. B. geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR), Blutzucker, Lipide).

Therapeutische Maßnahmen

➔ Allgemeine Maßnahmen

Ernährung

Eine Gewichtsreduktion wird nicht mehr pauschal empfohlen. Normal- und übergewichtigen Patientinnen und Patienten ($\text{BMI} \leq 30$) sollte empfohlen werden, eine Gewichtszunahme zu vermeiden.

Rauchen

Die Maßnahmen zum Rauchverzicht wurden präzisiert. Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, von Patientinnen und Patienten selbst zu tragende Medikamente.

Körperliche Aktivitäten

Alle Patientinnen und Patienten

- sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden.
 - Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spazierengehen) und sportliches Training
 - Diese Interventionen sollen so ausgerichtet sein, dass die Patientinnen und Patienten motiviert sind, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren.
 - Planung und Intensität der körperlichen Aktivität sind an die individuelle Belastbarkeit anzupassen.

Empfehlungen zu Inhalten der Kontrolluntersuchungen sind nun gebündelt

Gewichtszunahme vermeiden

Strukturierte psychosoziale Maßnahmen zur Verhaltensänderung und Medikamente

Hohe Bedeutung von körperlicher Aktivität und sportlichem Training

Allen Patientinnen und Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko (z. B. Zustand nach akutem Koronarsyndrom (ACS) < 12 Monate, Zustand nach ICD/CRT Implantationen, LVEF \leq 40 %),

- soll die **Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen** unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden.

Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung (niedriges Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung)

- soll **moderates bis anstrengendes aerobes Training** für mindestens 2 Stunden in der Woche empfohlen werden.
 - Dies kann auf tägliche Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen) verteilt werden.
 - Zusätzlich soll mindestens 2x wöchentlich Krafttraining durchgeführt werden.

Psychosoziale Aspekte

Der Inhalt des Kapitels wurde präzisiert. Die Erhebung psychosozialer Aspekte (u. a. mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation sowie fehlender sozioemotionaler Rückhalt bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz) ist insbesondere zur Klärung möglicher Barrieren in Bezug auf eine Umstellung des Gesundheitsverhaltens sowie für die Medikamenten-Adhärenz von entscheidender Bedeutung, um bei weitergehendem Bedarf gezielte Hilfestellungen zu geben.

Schutzimpfungen

Patientinnen und Patienten mit KHK sollen Schutzimpfungen nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (SI-RL) empfohlen werden.

➔ Umgang mit Ko- und Multimorbidität

Arterielle Hypertonie

Bei allen Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit soll der Blutdruck regelmäßig kontrolliert werden. Eine bestehende arterielle Hypertonie bei Werten **über 140/90 mmHg** soll konsequent behandelt werden. Anzustreben ist ein Blutdruckwert **mindestens von systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg**.

Psychische Komorbiditäten

Aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Depression, Anpassungs- oder Angststörungen) zu beachten. Es ist zu prüfen, ob eine Psychotherapie angezeigt ist.

➔ Medikamentöse Therapie

Thrombozytenaggregationshemmer

Eine Unterbrechung der antithrombozytären Therapie insbesondere nach perkutaner Koronarintervention (PCI) oder akutem Koronarsyndrom (ACS) sollte vermieden werden. Im Einzelfall ist die Notwendigkeit einer Unterbrechung, (z. B. perioperativ) mit Blick auf Nutzen und Risiko mit den beteiligten Fachdisziplinen abzuwägen.

Mögliche Barrieren einer Verhaltensänderung erheben

Schutzimpfungen empfehlen

Wertekorridor angepasst

In bestimmten Fällen Psychotherapie anbieten

Unterbrechung der antithrombozytären Therapie vermeiden

Lipidsenker

Allen Patientinnen und Patienten mit KHK wird eine dauerhafte Statintherapie empfohlen. Die Frage der Strategie der Lipidsenkung (feste Hochdosis-Strategie unabhängig vom LDL-Wert versus Zielwert-Strategie) wird kontrovers diskutiert. Vor diesem Hintergrund wird eine gemeinsame Festlegung auf eine der beiden leitliniengerechten Strategien mit den Patientinnen/dem Patienten empfohlen.

Bei **Nebenwirkungen** unter Statinen soll durch Reduzierung der Dosis oder Umsetzung auf ein anderes Statinpräparat die Weiterführung der Behandlung versucht werden.

Ezetimib kann Patientinnen und Patienten mit KHK angeboten werden, um hohe Statindosen zu vermeiden, wenn die LDL-Cholesterinzielwerte unter niedrigen Dosen nicht erreicht werden.

Hemmer des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS)

ACE-Hemmer sind bei KHK-Patientinnen und -Patienten indiziert:

- in der frühen Postinfarktphase (4 bis 6 Wochen)
- wenn die chronische KHK mit einer begleitenden systolischen Herzinsuffizienz, mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion oder einer chronischen Nierenerkrankung einhergeht.

Betarezeptorenblocker (Betablocker)

Nach akutem Myokardinfarkt, sollten Patientinnen und Patienten für mindestens ein Jahr mit Betarezeptorenblocker behandelt werden.

Bei Vorliegen weiterer klinischer Indikationen (z. B. eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion, systolische Herzinsuffizienz, Hypertonus, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris) sollte die Therapie mit Betarezeptorenblockern fortgeführt werden.

Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris

Da sich antianginöse Medikamente (Betablocker, Nitrate, Kalzium-Antagonisten) bezüglich ihrer Effekte auf kardiovaskuläre Ereignisse in Abhängigkeit von den Komorbiditäten der Patientin/des Patienten unterscheiden, sind diese Komorbiditäten bei der Auswahl der antianginösen Therapie zu berücksichtigen.

Kooperation der Versorgungsebenen

➡ Überweisung der behandelnden Ärztin/Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

Die Ärztin/der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK zur jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur Psychotherapeutin/Psychotherapeuten erfolgen soll. Dies gilt für:

- erneute oder zunehmende Angina pectoris-Beschwerden,
- neu aufgetretene oder zunehmende Herzinsuffizienz,

Strategien zur Lipidsenkung gemeinsam festlegen

Begrenzte Therapiedauer, wenn keine weitere Indikation für einen Betablocker

Bei Auswahl der antianginösen Dauertherapie Komorbiditäten berücksichtigen

Präzisere Beschreibung der Überweisungsanlässe

- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
- unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
- Patientinnen/Patienten mit Komorbiditäten (z. B. Niereninsuffizienz, Depression),
- Mitbehandlung von Patientinnen/Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (z. B. Klappenvitien),
- Klärung der Indikation zur einer invasiven Diagnostik und Therapie oder
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie.

Die Themen Rehabilitation und Schulung für Patientinnen und Patienten wurde an dieser Stelle gestrichen, weil sie keine Überweisungsanforderungen darstellen.

➔ **Veranlassung einer Rehabilitation**

Die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation ist, soweit kein akutmedizinischer Handlungsbedarf besteht, insbesondere zu erwägen:

- bei limitierender Symptomatik (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände) trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- bei ausgeprägtem und unzureichend eingestelltem Risikoprofil,
- bei ausgeprägter psychosozialer Problematik,
- bei drohender Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- bei drohender Pflegebedürftigkeit.

Sofern nach akutem Koronarsyndrom (oder nach koronarer Bypass-Operation) keine Anschlussrehabilitation stattgefunden hat, soll eine Rehabilitation empfohlen werden.

Nach elektiver perkutaner Koronarintervention (PCI) kann in ausgewählten Fällen insbesondere bei ausgeprägtem kardiovaskulärem Risikoprofil und besonderen psychosozialen Risikofaktoren eine Rehabilitation empfohlen werden.

Die inhaltlichen Veränderungen wurden eng an die Nationale VersorgungsLeitlinie – Chronische KHK (NVL KHK) 2019 – angelehnt.

Qualitätssichernde Maßnahmen

Folgende Qualitätsziele wurden angepasst oder neu aufgenommen:

- hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate, die aktuell einen Betablocker erhalten,
- hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine leitliniengerechte Statintherapie erhalten,
- hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer,
- hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig sportliches Training betreiben.

**Qualitätsziele
angepasst**

Schulungen der Versicherten

Im Rahmen des DMP KHK prüft die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (KHK-relevanten) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann.

- KHK-relevante Schulungen im Sinne dieses DMP sind Schulungen, die die wesentlichen Risikofaktoren wie zum Beispiel Diabetes mellitus und Hypertonie adressieren oder den Umgang mit einer Antikoagulationstherapie in Abhängigkeit des verwendeten Wirkstoffes schulen oder KHK-spezifisch angelegt sind.

Alle Patientinnen und Patienten, die davon profitieren können, sollen Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Dokumentation

Folgende Dokumentationsparameter wurden ergänzt oder neu aufgenommen:

- Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate (ja/nein)
- ungeplante stationäre Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation (Anzahl)
- aktuelle Statin-Dosis (hoch/moderat/niedrig /kein Statin/Kontraindikation gegen Statin)
- aktuelle Therapiestrategie Statin (Feste Hochdosis-Strategie/Zielwert-Strategie/Keine Strategie vereinbart)
- Grund für moderate oder niedrige Statin-Dosis (Aufdosierungsphase/LDL-Zielwert erreicht/Kontraindikation) gegen Hochdosis/Ablehnung durch Patienten/keine Begründung)
- Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen (ja/nein)
- regelmäßiges sportliches Training (ja/nein/nicht möglich)

Folgende Dokumentationsparameter wurden gestrichen:

- Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention
- HMG-CoA-Reduktase-Hemmer
- Sonstige Medikation
- KHK-bezogene Überweisung veranlasst
- KHK-bezogene Einweisung veranlasst

Weitere Fragen?

Den G-BA-Beschluss mit Erläuterung der Änderungen (Tragende Gründe) finden Sie im Internet:

➔ [g-ba.de/beschluesse/4042](https://www.g-ba.de/beschluesse/4042)

Das AOK-Gesundheitspartnerportal bietet weitere Infos zum DMP sowie Themen rund um Arzt und Praxis:

➔ aok.de/gp

**Umformulierung,
um die Möglich-
keit zu eröffnen,
KHK-spezifische
Schulungen
umzusetzen**

**Dokumentation
angepasst**

Impressum:

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband, Berlin
Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; 21-0126
Creative Director: Sybilla Weidinger; Grafik: Ulrich Scholz Design, Düsseldorf
Stand: Januar 2021

