

DMP Koronare Herzkrankheit – Anpassung an die 20. RSA-ÄNDV

Neues Modul zur Behandlung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ab 30. Juni 2010

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)¹ hat die Anforderungen an das Disease-Management-Programm Koronare Herzkrankheit (DMP KHK) den gesetzlichen Vorgaben entsprechend aktualisiert und an den aktuellen Wissensstand angepasst. Zudem ist das Programm um ein Modul zur Behandlung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ergänzt worden.

Im Folgenden geben wir einen Überblick über die Änderungen im DMP KHK und über die Inhalte des neuen Moduls Herzinsuffizienz. Wir bitten um Beachtung, dass dieser Text nicht rechtsverbindlich ist. Der Originaltext der vom Gemeinsamen Bundesausschuss formulierten medizinischen Anforderungen ist zu finden unter:

- Anforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit: http://bundesrecht.juris.de/rsav/anlage_5_70.html
- Anforderungen an ein Modul für chronische Herzinsuffizienz für strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit: http://bundesrecht.juris.de/rsav/anlage_5a_71.html

1. Aktualisierungen im DMP KHK

1.1. Therapieplanung und therapeutische Maßnahmen

Im Rahmen der Therapie soll der Arzt übergewichtige Patienten künftig zum Thema Gewichtsreduktion beraten – zusätzlich zur Beratung über eine KHK-spezifische gesunde Ernährung, die auch bisher schon im DMP KHK vorgesehen war. Änderungsbereite Raucher sollen über wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung wie nichtmedikamentöse Maßnahmen, Nikotinersatztherapie oder eine Kombination aus beidem beraten werden. Die Nikotinersatztherapie ist an dieser Stelle ergänzt worden. Darüber hinaus wird besonders betont, dass gemeinsam mit dem Patienten eine differenzierte Diagnostik- und Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Nutzen-Risikoabschätzung vorzunehmen ist.

1 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Während der Gesetzgeber den Rahmen vorgibt, ist es die Aufgabe der Selbstverwaltung, diesen Rahmen auszufüllen und für die alltagspraktische Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu sorgen. Der G-BA hat u.a. die Aufgabe, Empfehlungen zu inhaltlichen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) zu formulieren und diese in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren. Dabei richten sich die Empfehlungen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, der jeweils nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin ermittelt wird. Der gesetzliche Auftrag für den G-BA findet sich in § 137f SGB V. Auf Grundlage dieser Empfehlungen erlässt das Bundesministerium für Gesundheit eine Rechtsverordnung.

1.2. Medikation

Es erfolgt keine Empfehlung bestimmter Beta-Blocker mehr. Die Aufzählung von Wirkstoffen ist gestrichen worden. Erfolgt die Verordnung von Beta-Blockern in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten, sollen die Kontraindikationen beachtet werden.

Die Verordnung von HMG-CoA-Reduktase-Hemmern (Statinen) wird unter Beachtung der Kontraindikationen empfohlen. Es sollten Statine bevorzugt werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung in der Sekundärprävention nachgewiesen ist. Die Empfehlung bestimmter Statine ist entfallen.

Nach der neuen Fassung des DMP KHK sind ACE-Hemmer grundsätzlich bei allen KHK-Patientinnen und -Patienten in der frühen Postinfarktphase (4 Wochen) indiziert und wenn die chronische KHK mit einer begleitenden Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion und/oder mit der Komorbidität Hypertonie und/oder Diabetes mellitus einhergeht. Auch bei den ACE-Hemmern ist die Empfehlung bestimmter Wirkstoffe entfallen.

Eine Kombinationstherapie von Acetylsalicylsäure plus Clopidogrel ist nach einem akuten Koronarsyndrom, insbesondere nach Einsatz von Stents, für mindestens vier Wochen – gefolgt von einer Dauertherapie mit Acetylsalicylsäure – indiziert. Eine längere Gabe der Kombinationstherapie kann nach akutem Koronarsyndrom indiziert sein. Die Dauer der kombinierten Thrombozytenaggregationshemmung ist insbesondere abhängig von der Art der Intervention. Die interventionell tätigen Kardiologen müssen die weiterbehandelnden Ärzte über die Art des verwendeten Stents und die daraus begründete Dauer der Kombinationsbehandlung informieren.

1.3. Interventionelle Therapie und Koronarrevaskularisation

Die Empfehlungen für die Behandlung von Patienten mit stabiler Angina pectoris oder Anginaäquivalent (jedoch nicht beim akuten Koronarsyndrom) sind deutlich reduziert worden. Es werden folgende Empfehlungen gegeben:

- Bei linkskoronarer signifikanter Hauptstammstenose soll primär die operative Revaskularisation (CABG) angestrebt werden.
- Bei Mehrgefäßerkrankung mit hochgradigen proximalen Stenosen (> 70 Prozent) sollen – vorrangig mit dem Ziel der Symptomkontrolle – revaskularisierende Maßnahmen empfohlen werden.
- Bei Eingefäßerkrankung mit hochgradiger proximaler RIVA-Stenose (> 70 Prozent) sollte – unabhängig von der Symptomatik – eine Koronarrevaskularisation empfohlen werden.
- Bei ausgeprägter, persistierender, trotz medikamentöser Therapie bestehender Symptomatik soll zur Symptomkontrolle eine Revaskularisation erwogen werden, bei Eingefäßerkrankung ohne proximale RIVA-Stenose primär eine perkutane Koronarintervention (PCI).

1.4. Kooperation der Versorgungsebenen

Als Indikation für eine Einweisung in ein Krankenhaus ist der Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom aus Gründen der formalen Angleichung ergänzt worden.

2. Inhalte des neuen Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“

Das DMP Koronare Herzkrankheit wird ab 30. Juni 2010 um ein zusätzliches Modul zur Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz ergänzt. Durch das neue Modul können Patienten, die am DMP KHK teilnehmen und zusätzlich an chronischer Herzinsuffizienz leiden, umfassender und zielgerichteter behandelt werden als bisher. Zur Bestätigung der Teilnahme ist die elektronische Dokumentation zum DMP KHK um ein Datenfeld „Modul-Teilnahme Chronische Herzinsuffizienz“ erweitert worden. Zusätzlich sind die Felder „Serum-Elektrolyte“ und „Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen“ zu dokumentieren. Die Praxisverwaltungssysteme sind zum 1. Juli 2009 entsprechend angepasst worden. Eine gesonderte Teilnahme-Erklärung ist weder für Sie noch für Ihre Patienten erforderlich. Die Teilnahme des Versicherten am Modul endet automatisch mit dem Ende der Teilnahme am DMP KHK. Eine isolierte Teilnahme nur am Modul Herzinsuffizienz ohne eine Einschreibung in das DMP KHK ist nicht möglich.

2.1. Zielgruppe des Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“

Zielgruppe des Moduls sind Patienten mit koronarer Herzkrankheit und chronischer Herzinsuffizienz bei systolischer Dysfunktion, die sich in einer Einschränkung der linksventrikulären Auswurfleistung (Ejektionsfraktion, LVEF) auf unter 40 Prozent manifestiert. Die LVEF muss durch ein bildgebendes Verfahren (zum Beispiel Echokardiographie, Ventrikulographie, Kardio-MRT) bestimmt worden sein.

Ausgehend vom strukturierten Behandlungsprogramm für KHK sollen Patienten mit einer klinischen Symptomatik, die auf eine Herzinsuffizienz hinweist (zum Beispiel Dyspnoe, Leistungsminderung, Flüssigkeitsretention), einer gezielten Diagnostik (primär Echokardiographie) zugeführt werden. Auch asymptomatische Patienten sollten gemäß den Modulinhalt behandelt werden, wenn eine Einschränkung der LVEF auf unter 40 Prozent bereits nachgewiesen wurde.

2.2. Therapieziele und therapeutische Maßnahmen

Die Ziele im Modul Herzinsuffizienz sind insbesondere die Vermeidung oder Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung und die Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Krankenhaus-Einweisungen. Diese Ziele sollen durch folgende nichtmedikamentöse Maßnahmen erreicht werden:

- Empfehlung eines regelmäßigen, individuell angepassten körperlichen Trainings unter Berücksichtigung von Kontraindikationen (zum Beispiel frischer Herzinfarkt oder Myokarditis).
- Orientierung der Flüssigkeitsaufnahme am klinischen Zustand der Patienten und an deren Nierenfunktion.
- Empfehlung einer moderaten Beschränkung der Kochsalzaufnahme, insbesondere bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz.

Darüber hinaus sind folgende medikamentöse Maßnahmen vorgesehen:

- Alle Patienten sollten unabhängig vom Schweregrad der Herzinsuffizienz ACEHemmer erhalten, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Herzinsuffizienz belegt sein soll. Die jeweilige Zieldosis ist durch eine langsame Steigerung der Dosierung anzustreben. Wenn die optimale Zieldosis nicht erreicht wird, erfolgt die Behandlung in der maximal vom Patienten tolerierten Dosis. Die Dosierung ist bei symptomatischer Hypotonie entsprechend anzupassen, so dass die Behandlung vom Patienten toleriert wird. Wenn eine Dosisreduzierung notwendig ist, sollte zunächst die Dosierung der übrigen blutdrucksenkenden Begleitmedikation reduziert werden. Bei Patienten, die eine Behandlung mit ACE-Hemmern aufgrund eines durch ACEHemmer bedingten Hustens nicht tolerieren, kann der Wechsel auf einen AT1-Rezeptorantagonisten zielführend sein.

- Alle klinisch stabilen Patienten sollten Betablocker erhalten, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Herzinsuffizienz belegt ist. Bezüglich Zieldosis und Anpassung der Dosierung bei symptomatischer Hypotonie gelten die o.g. Hinweise.
- Patienten mit einer LVEF unter 35 Prozent, die trotz optimaler Therapie mit ACEHemmer und Betablocker und Diuretikum im Stadium NYHA III-IV sind, sollten additiv mit Spironolacton (Aldosteron-Antagonist) in niedriger Dosierung behandelt werden. Es ist zu beachten, dass mit steigender Dosierung die Gefahr einer Hyperkaliämie zunimmt. Daher sind in diesem Fall engmaschigere Kontrollen des Serum-Kaliums erforderlich. Voraussetzung ist, dass bei Therapiebeginn das Serum-Kreatinin unter 2,5 mg/dl und das Serum-Kalium unter 5 mmol/l liegen. Nach einem Herzinfarkt kann anstelle von Spironolacton Eplerenon gegeben werden.
- Alle Patienten, die Stauungszeichen aufweisen, sollen mit Diuretika behandelt werden. Der Nutzen ist belegt für Schleifendiuretika und Thiaziddiuretika.
- Patienten, die trotz Therapie mit einem Betablocker ein chronisches tachykardes Vorhofflimmern aufweisen, sollten zusätzlich mit Herzglykosiden (Digitalis) behandelt werden. Für Patienten mit Sinusrhythmus stellt Digitalis lediglich ein Reservemedikament dar und sollte bei diesen Patienten nur gegeben werden, wenn sie trotz Ausschöpfung der vorgenannten medikamentösen Therapie weiterhin im Stadium NYHA III-IV sind.
- Bei chronischem oder paroxysmalem Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz besteht ein besonders hohes Risiko für thromboembolische Ereignisse, so dass hier in der Regel eine effektive orale Antikoagulation (INR 2-3) durchzuführen ist. In diesem Fall sollte die wegen KHK durchgeführte Thrombozytenaggregationshemmung in der Regel beendet und auf die orale Antikoagulation umgestellt werden. Über eine in besonderen Situationen (zum Beispiel Stent-Implantation) dennoch indizierte Kombinationstherapie ist in Kooperation mit dem qualifizierten Facharzt beziehungsweise der qualifizierten Einrichtung zu entscheiden. Eine orale Antikoagulation ist bei bestehendem Sinusrhythmus im Allgemeinen nicht indiziert.

Ergänzend sollte die Indikation zur Durchführung spezieller interventioneller Maßnahmen individuell geprüft werden. Die Entscheidung ist gemeinsam mit dem Patienten und in Kooperation mit dem qualifizierten Facharzt bzw. der qualifizierten Einrichtung auf der Basis einer individuellen Nutzen-Risikoabschätzung vorzunehmen. Geprüft werden sollte die Indikation zur Durchführung folgender Maßnahmen:

- Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT): Eine Abklärung der Indikation zur CRT sollte bei Patienten mit einer LVEF unter 35 Prozent und Sinusrhythmus und entweder einem kompletten Linksschenkelblock oder einer echokardiographisch nachgewiesenen ventrikulären Dyssynchronie mit breiten QRS-Komplexen (≥ 120 ms) erfolgen, die trotz optimaler medikamentöser Therapie hochgradig symptomatisch sind (Stadium NYHA III-IV).
- Therapie mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD): Eine Abklärung der Indikation sollte zur Prävention eines erneuten Ereignisses bei Patienten nach überlebtem HerzKreislaufstillstand, Kammerflimmern oder Auftreten von Kammertachykardien erfolgen. Auch bei Patienten mit einer LVEF unter 40 Prozent nach Synkope (keine EKG-Dokumentation zum Zeitpunkt des Ereignisses) sollte die Implantation eines ICD geprüft werden, nachdem andere Ursachen als eine ventrikuläre Tachykardie ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus sollte die Implantation eines ICD zur Prävention eines erstmaligen Ereignisses bei Patienten mit einer LVEF unter 30 bis 35 Prozent und Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II-III geprüft werden. Bei Patienten in der chronischen Postinfarktphase gilt dies frühestens vierzig Tage nach dem Infarkt ereignis.

2.3. Monitoring

Im Rahmen des Monitorings im Modul Herzinsuffizienz sollen insbesondere Hinweise zur Belastbarkeit in Alltagssituationen und zum Volumenstatus erhoben werden. Um eine eventuelle Volumenbelastung rechtzeitig zu erkennen, soll das Körpergewicht regelmäßig, auch durch die Patienten selbst, kontrolliert werden. Mit symptomatischen Patienten sollte, soweit möglich, das Protokollieren von täglichen Gewichtskontrollen vereinbart werden. Die Patienten sollten dazu aufgefordert werden, bei einem deutlichen, kurzfristigen Gewichtsanstieg den behandelnden Arzt zu konsultieren. Der behandelnde Arzt sollte prüfen, ob der Patient auf der Grundlage des Gewichtsprotokolls selbständige Anpassungen der Diuretikadosis vornehmen kann. Die tatsächlich eingenommene Medikation, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie sind zu erfragen.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung ist insbesondere zu achten auf die Jugularvenenfüllung, periphere Ödeme, Zeichen der pulmonalen Stauung bei der Auskultation von Herz und Lunge, den Ernährungszustand (wobei insbesondere zu prüfen ist, ob eine eventuell vorliegende kardiale Kachexie durch eine Hypervolämie maskiert wird oder umgekehrt), den Blutdruck im Liegen und im Stehen und Herzrhythmus sowie Herzfrequenz (insbesondere als Hinweis auf neu aufgetretenes Vorhofflimmern).

In mindestens halbjährlichen Abständen sind Natrium, Kalium und Kreatinin im Serum sowie die Nierenfunktion durch Berechnung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) auf Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung zu kontrollieren. Häufigere Kontrollen können insbesondere bei einer Therapieänderung erforderlich sein.

2.4. Kooperation der Versorgungsebenen

Zusätzlich zu den Indikationen und Anlässen für eine Überweisung, die im strukturierten Behandlungsprogramm für KHK aufgeführt sind, hat der Arzt zu prüfen, ob insbesondere in folgenden Fällen eine Überweisung zum Facharzt bzw. zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- Bei Fortschreiten der chronischen systolischen Herzinsuffizienz trotz individuell angepasster Therapie.
- Zum Erreichen einer optimalen medikamentösen Therapie.
- Zur Kontrolle mittels Echokardiographie bei relevanten Verschlechterungen des klinischen Zustandes des Patienten.
- Zur Abklärung von Indikationen für spezielle interventionelle Maßnahmen (s.o.).
- Zur Abklärung einer Transplantationsindikation.

Indikationen zur stationären Behandlung von Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz in einer stationären Einrichtung sind insbesondere:

- Akute oder chronische Dekompensation
- Durchführung von speziellen interventionellen Maßnahmen (s.o.).

Rechtsgrundlage

Die rechtlichen Grundlagen für die Aktualisierung des DMP KHK und das neue Modul Herzinsuffizienz sind in der 20. Änderungsverordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung enthalten. Sie ist am 1. Juli 2009 in Kraft getreten und sieht vor, dass das Modul Herzinsuffizienz künftig ein verpflichtender Bestandteil des DMP Koronare Herzkrankheit ist.