

Praxisinfo

DMP Koronare Herzkrankheit

Aktualisierung

1. Wesentliche Änderungen im Überblick

Das Disease-Management-Programm Koronare Herzkrankheit (DMP KHK) wurde an den neuesten medizinischen Wissensstand angepasst, unter anderem unter Berücksichtigung der Nationalen VersorgungsLeitlinie Chronische KHK (NVL Chronische KHK).

Wesentliche Änderungen betreffen folgende Aspekte:

- **Diagnosekapitel:** Der Nachweis einer KHK kann nun auch mittels der **nicht-invasiven Computertomografie-Koronarangiografie (CCTA)** erfolgen.
- **Körperliche Aktivität:** Die Empfehlungen zur Teilnahme an einer Herzsportgruppe oder einer rehabilitativen Herzinsuffizienzgruppe wurden konkretisiert.
- **Therapeutische Maßnahmen:** Die Empfehlungen zum **Einsatz von Lipidsenkern (Statinen)** wurden angepasst. Dies gilt ebenso für die Hinweise, in welchen Situationen eine **elektive Koronarangiografie** erwogen werden sollte.

Die Änderungen des DMP KHK sind am 1. Oktober 2025 in Kraft getreten. Sie sollen ab dem 1. Oktober 2026 in den Praxen umgesetzt werden. In der folgenden Übersicht finden Sie die Änderungen im Detail.

2. Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

→ vgl. DMP-A-RL, Anlage 8, 1.2

In Ergänzung der bisherigen **funktionellen** Verfahren (wie zum Beispiel das Belastungs-EKG und Stress-Echokardiografie) zum Nachweis einer KHK wurde als neues direktes/**morphologisches** Verfahren die nicht-invasive Computertomografie-Koronarangiografie (Koronare CT Angiografie – CCTA) aufgenommen.

**Nachweis
mittels CCTA**

Die Katheter-basierte Koronarangiografie als weiteres morphologisches Verfahren zum direkten Nachweis von Koronarkalk wird weiterhin in der Richtlinie genannt.

3. Individuelle Therapieplanung und ärztliche Kontrolluntersuchungen

→ vgl. DMP-A-RL, Anlage 8, 1.4

Bei den individuellen Risikofaktoren wurde der Begriff „Übergewicht“ durch „Adipositas“ ersetzt.

**„Übergewicht“
durch „Adipo-
sitas“ ersetzt**

Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen einem erhöhten BMI ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) und der Entwicklung adipositasbedingter Komplikationen beziehungsweise chronischer Begleiterkrankungen (zum Beispiel Koronare Herzkrankheit). Bei einer bestehenden chronischen KHK gilt bloßes Übergewicht nicht als zusätzlicher Risikofaktor.

4. Therapeutische Maßnahmen

→ vgl. DMP-A-RL,
Anlage 8, 1.5

4.1 Allgemeine Maßnahmen

Ernährung

Es wird darauf hingewiesen, dass neben der risikofaktorenorientierten Ernährung auch über einen **risikoarmen Konsum von Alkohol** beraten werden sollte.

**Risikoarmen
Alkoholkonsum
besprechen**

Körperliche Aktivität

Neu sind Hinweise, in welchen Situationen die Teilnahme an einer **Herzsportgruppe** empfohlen wird beziehungsweise für welche Patientinnen und Patienten die Teilnahme am Rehabilitationssport in einer **Herzinsuffizienzgruppe** empfohlen werden soll.

Teilnahme an einer Herzsportgruppe:

Insbesondere nach Erstdiagnose und sofern eine selbständige Ausübung der sportlichen Aktivitäten (noch) nicht möglich ist.

**Differenzierte
Unterscheidung zwischen
Herzsport-
gruppe und
Herzinsuffi-
zienzgruppe**

Teilnahme am Rehabilitationssport in einer Herzinsuffizienzgruppe:

Patientinnen und Patienten mit hohem kardiovaskulärem Ereignisrisiko soll die Teilnahme am Rehabilitationssport in einer Herzinsuffizienzgruppe empfohlen werden. In der Herzinsuffizienzgruppe ist die **ständige persönliche Anwesenheit des Herzgruppenarztes oder der Herzgruppenärztin** während der Übungsveranstaltung zwingend erforderlich.

Ein **hohes kardiovaskuläres Ereignisrisiko** liegt zum Beispiel vor:

- im ersten Jahr nach Überleben eines plötzlichen Herztodes mit ICD/überlebter Herzstillstand oder
- mit schwerer Herzinsuffizienz (NYHA III) mit einer LVEF < 40 % oder
- mit rezidivierenden ventrikulären Herzrhythmusstörungen.

4.2 Umgang mit Ko-/Multimorbidität

→ vgl. DMP-A-RL,
Anlage 8, 1.5.2

Diabetes mellitus

Zur Komorbidität Diabetes mellitus erfolgten zwei Anpassungen. Die Untersuchung auf Vorstufen des Diabetes mellitus Typ 2 wurden gestrichen. Bei Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK und mit einem Diabetes mellitus Typ 2 wird eine Kombination von Metformin und einem SGLT2-Inhibitor beziehungsweise einem GLP-1-Rezeptoragonisten empfohlen.

Prädiabetes

Aus verschiedenen Gründen ist die **Evidenz als nicht ausreichend anzusehen**, um im DMP KHK eine Untersuchung auf Vorstufen des Diabetes mellitus Typ 2 auszusprechen:

- Es existieren unterschiedliche Werte für Laborparameter, mit denen die Vorstufen festgestellt werden sollen.
- Für Patienten mit der Diagnose Prädiabetes liegen keine klaren Behandlungsmaßnahmen (lebensstilmodifizierende Maßnahmen) vor.

**Die Vorstufe
des Diabetes
mellitus Typ 2
wurde gestri-
chen**

Kombinationstherapie

Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 und mit **unzureichender Kontrolle des Diabetes** soll eine Kombinationstherapie aus **Metformin** plus einem **GLP-1-Rezeptoragonisten** oder einem **SGLT2-Inhibitor** (vorzugsweise Liraglutid oder Empagliflozin oder Dapagliflozin) angeboten werden.

**Kombinations-
therapie mit
Metformin und
GLP-1-Rezep-
toragonisten
oder SGLT2-
Inhibitor**

Herzinsuffizienz

Die Richtlinie beinhaltet bisher Empfehlungen zum Umgang mit den Komorbiditäten Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus und mit psychischen Komorbiditäten.

- Als weitere Komorbidität wird die Herzinsuffizienz aufgenommen. Die Herzinsuffizienz ist eine wichtige Folgeerkrankung der KHK. Sofern eine Herzinsuffizienz vorliegt, ist diese leitliniengerecht zu behandeln.
- Es wird auf die bestehende Regelung hingewiesen, dass eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP KHK und ein DMP Herzinsuffizienz nicht möglich ist.

Neuaufnahme der Komorbidität Herzinsuffizienz

4.3 Medikamentöse (prognoseverbessernde) Therapie

→ vgl. DMP-A-RL, Anlage 8, 1.5.3

Lipidsenker

Es soll vorzugsweise eine Strategie der festen Dosis (hoch oder moderat) oder alternativ eine Zielwertstrategie vereinbart werden. Die Entscheidung soll gemeinsam mit der Patientin und dem Patienten unter Berücksichtigung des Nutzen-Schadens-Risikos vereinbart werden.

Strategie der festen Dosis versus Zielwertstrategie

Strategie der festen Dosis (hoch oder moderat)

Für den Abwägungsprozess bezüglich der Dosierung des Statins (hoch oder moderat) sollen Nutzen und Schaden der Vorgehensweise individuell abgewogen werden.

Zielwertstrategie

Aufgrund der Evidenzlage wird der Einsatz der Zielwertstrategie als zweitrangig gegenüber der Strategie der festen Dosis (hoch oder moderat) bewertet. Aufgrund individueller Abwägungen kann die Verfolgung der Zielwertstrategie ärztlich begründet werden (individualisierte Vorgehensweise, Steigerung der Adhärenz, Auskommen mit einer geringen Statindosis).

Ezetimib in Rahmen der Zielwertstrategie

Zusätzlich zu einer Zielwertstrategie kann Ezetimib Patientinnen und Patienten angeboten werden, wenn die LDL-Cholesterinwerte **unter maximal verträglicher Dosis** nicht erreicht werden.

„Kann“-Empfehlung für den Einsatz von Ezetimib

Entscheidungshilfen für Patientinnen und Patienten

Zur Unterstützung der Entscheidungsfindung können evidenzbasierte und verständliche Informationen an die Patientinnen und Patienten ausgehändigt werden:

- zum Beispiel Informationen der Patientenleitlinie der NVL Chronische KHK oder Informationen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft für Patientinnen und Patienten
- Es können **schriftliche** Patienteninformationen ausgehändigt oder auf entsprechende **Onlineangebote** verwiesen werden.

Verständliche Patienteninformationen liegen vor

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

Eine eigenständige Indikation für Hemmer des RAAS bei KHK (bei allen KHK-Patientinnen und -Patienten in der frühen Postinfarktphase) ist nicht gegeben.

4.4 Koronarangiografie, interventionelle und operative Koronarrevaskularisation

→ vgl. DMP-A-RL, Anlage 8, 1.5.5

Koronarangiografie

Die Empfehlungen zur Durchführung einer **elektiven Koronarangiografie** wurden angepasst. Eine elektive Koronarangiografie ist insbesondere in folgenden Situationen zu erwägen:

- **Symptom- und Lebensqualitätsverbesserung:**
Bei Patientinnen und Patienten, wenn die **Symptomatik der KHK** unter optimaler medikamentöser Therapie (OMT) nicht ausreichend behandelbar ist.
- **Prognoseverbesserung:**
Bei Patientinnen und Patienten, wenn sich unter OMT **ohne akuten Interventionsbedarf** – nach Aufklärung und Beratung die Frage der Prognoseverbesserung durch eine Bypass-Operation stellt.

Invasive Diagnostik bei Frage der Prognoseverbesserung durch Bypass-Operation

Vor jeder elektiven Koronarangiografie ist die Patientin oder der Patient über die Möglichkeit einer **ad-hoc-perkutanen Koronarintervention (PCI)** sowie ihre Vor- und Nachteile zu beraten. Dabei sollen nach Möglichkeit evidenzbasierte und verständliche Patienteninformationen (zum Beispiel Informationen der Patientenleitlinie der NVL Chronische KHK) genutzt werden.

5. Kooperation der Versorgungssektoren

→ vgl. DMP-A-RL, Anlage 8, 1.6

- Bei komplexen Koronarbefunden soll vor der weiteren invasiven Therapie die Betreuung der chronischen KHK-Patientinnen und -Patienten unter Einbeziehung von **interventionell-kardiologischer** und **herzchirurgischer** Expertise im Sinne eines Herzteams erfolgen.
- Schließlich soll eine **partizipative Entscheidungsfindung** mit dem Patienten erfolgen.

Herzteam einbinden

5.1 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

→ vgl. DMP-A-RL, Anlage 8, 1.6.4

- Die Änderung beschreibt, dass eine kardiologische Rehabilitation nicht nur zu erwägen, sondern indiziert ist. Der unkonkrete Begriff „erwägen“ wurde durch Begriff „angezeigt“ ersetzt.
- Neben der übergeordneten Änderung, wann eine medizinische Rehabilitation angezeigt ist, wurden **begleitende Komorbiditäten, die das Risiko für einen ungünstigen Verlauf des chronischen Koronarsyndroms erhöhen**, als zusätzlicher Grund für die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation in die bestehende Regelung aufgenommen.

Bei medizinischen Gründen gemäß Richtlinie ist medizinische Rehabilitation angezeigt

6. Qualitätssichernde Maßnahmen

→ vgl. DMP-A-RL, Anlage 8, 2

Die Änderungen der Empfehlungen der Lipidstrategie (siehe auch Anmerkungen zu den Lipidsenkern unter Punkt 4.3) wird im bestehenden Qualitätsziel „Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine der leitliniengerechten Statintherapie erhalten“ durch folgende Ergänzung des Qualitätsindikators berücksichtigt:

- Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine leitliniengerechte Statintherapie (**Strategie der festen Dosis – hoch oder moderat** oder Zielwert-Strategie) erhalten

7. Weitere Fragen?

Der G-BA-Beschluss und Begründung zu den Änderungen im Internet:

→ g-ba.de/beschluesse/7169

Das Gesundheitspartner-Portal der AOK bietet weitere Infos zum DMP sowie zu Themen rund um Arzt und Praxis: → aok.de/gp

Impressum

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften des öffentlichen Rechts;
Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; 25.0016_08;
Creative Director: Nicola Gerndt; Grafik: Ulrich Scholz; Stand: August 2025