



Prof. Dr. med. Sigmund Silber
Kardiologische Praxis im Tal, München

Neues Disease-Management-Programm für Hausärzte

DMP „Chronische Herzinsuffizienz“ – Ziele und Limitationen

Mit Wirkung zum 23. August 2018 hat das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss des G-BA zur Einführung des neuen DMP Herzinsuffizienz bekanntgegeben [1]. Im Folgenden werden die wichtigsten Therapieziele sowie Qualitätsindikatoren und Limitationen dieses demnächst von den KVen regional umzusetzenden DMP vorgestellt.

— Die aktuellen Angaben des statistischen Bundesamtes zeigen, dass im Jahre 2017 die Herzinsuffizienz in Deutschland als Todesursache mit 11,1% hinter der chronischen ischämischen Herzkrankheit (22,3%) und dem akuten Myokardinfarkt (13,5%) an 3. Stelle steht. An Herzinsuffizienz sind 2017 in Deutschland wesentlich mehr Frauen (24.100) als Männer (14.100) gestorben [2].

Unterschiede zwischen DMP und Leitlinien

Disease-Management-Programme (DMP) sind laut §137f des Sozialgesetzbuchs V als „strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ vom Gesetzgeber geschaffen worden, um den „Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbes-

sern“. Dasselbe Ziel haben aber auch die von medizinischen Fachgesellschaften erstellten Leitlinien [3]. Während das Befolgen von Leitlinien freiwillig geschieht, ist die Teilnahme an einem DMP sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Patienten rechtlich bindend, sobald sie sich freiwillig entschlossen ha-

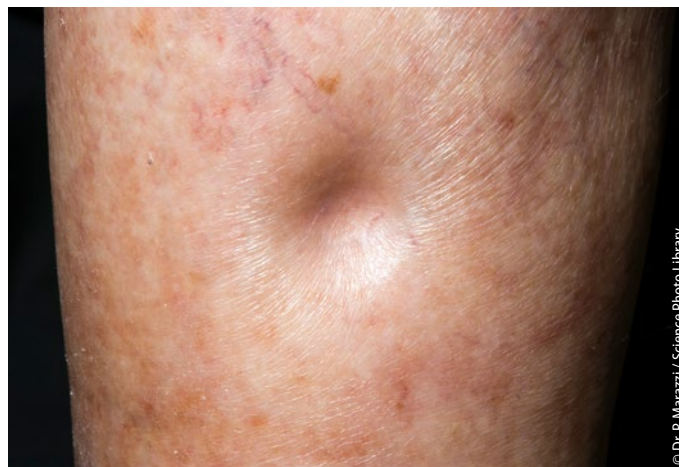
ben, daran teilzunehmen (weitere Unterschiede s. **Tab. 1**).

Ein Modul „Herzinsuffizienz“ im DMP KHK gab es schon länger

Mit Wirkung vom 19. Juni 2008 wurde das Zusatzmodul (!) „chronische Herzinsuffizienz“ für das DMP koronare Herz-

krankheit (KHK) vom G-BA beschlossen. Es galt ausschließlich für diejenigen Formen der Herzinsuffizienz (HF), die auf dem Boden einer KHK entstanden. Alle anderen Ursachen einer HF (z. B. dilatative Kardiomyopathie oder Herzklappenfehler etc.) wurden in diesem Modul nicht berücksichtigt.

Nachdem eine Überarbeitung des Moduls Herzinsuffizienz des DMP KHK anstand, beantragte der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für



Eindruckbares Unterschenkelödem bei manifester Herzinsuffizienz.

Kardiologie (DGK), Prof. G. Ertl, auf Initiative von Prof. S. Silber mit Brief vom 2. April 2013 beim G-BA, für die HF ein eigenes DMP zu entwickeln, welches alle Formen bzw. Ursachen einer HF berücksichtigt. Über drei Jahre später hat der G-BA am 7. Dezember 2016 beschlossen, diesen Vorschlag anzunehmen und ihn umzusetzen.

DMP-Definition der chronischen systolischen Herzinsuffizienz

„Die chronische Herzinsuffizienz ist die Unfähigkeit des Herzens, den Organismus mit ausreichend Blut und damit genügend Sauerstoff zu versorgen, um den Stoffwechsel unter Ruhe- wie unter Belastungsbedingungen zu gewährleisten. Pathophysiologisch liegt eine multisystemische Störung vor, die u. a. durch die Dysfunktion der Herz- und Skelettmuskulatur sowie der Nierenfunktion charakterisiert ist. Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome, wie z. B. Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungsminderung) und/oder Flüssigkeitsretention aufgrund einer kardialen Funktionsstörung bestehen.“

Einschlusskriterien

Zur Zielgruppe gehören Patienten/-innen mit gesicherter Diagnose einer chronischen HF bei systolischer Dysfunktion, bei denen eine Einschränkung der linksventrikulären Auswurfraction (LV-EF ≤ 40%) festgestellt wurde. Die LV-EF muss durch ein bildgebendes Verfahren bestimmt worden sein. Auch asymptomatische Patienten können am DMP teilnehmen, wenn eine Einschränkung der LV-EF ≤ 40% bereits nachgewiesen wurde.

Therapieziele

Die Lebensqualität ist bei diesem Krankheitsbild besonders durch eine Einschränkung der Belastbarkeit und durch eine hohe Hospitalisationsrate eingeschränkt. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele, die gemeinsam mit den

Tab. 1 Unterschied zwischen einer Leitlinie und einem DMP

	Leitlinie	DMP
Erstellung	Durch medizinische Fachgesellschaften	Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit abschließender Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit
Autorengruppe	Persönliche Auswahl der Fachgesellschaften	Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen (inkl. MDK), der Krankenhäuser (DKG), der Kassenärzte (KBV, KZBV), Patientenvertreter, Psychotherapeuten und im Konsens mit sog. „bestellten Experten“, die allerdings kein Stimmrecht haben. Unterstützung des DMP durch das IQWiG
Teilnahme und Befolgung	Beides freiwillig, Leitlinien geben nur Empfehlungen ab, die rechtlich nicht bindend sind	Die Teilnahme der Ärzteschaft und der Patienten ist freiwillig. Nach der Einschreibung in das DMP ist die Befolgung allerdings rechtlich bindend (Das DMP ist eine Richtlinie, keine Leitlinie). Die Einschreibung kann aber jederzeit widerrufen werden.
Patienten	Für gesetzlich Versicherte (GKV) und Privatpatienten (PKV)	Nur für GKV-Patienten

Patienten besprochen und entsprechend der individuellen Lebensplanung festgelegt werden:

- Steigerung der Lebensqualität durch Steigerung/Erhaltung der Belastungsfähigkeit mit dem Ziel einer selbstbestimmten Lebensführung
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität
- Vermeidung von Hospitalisationen
- Adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

Therapeutische Maßnahmen

Allgemeine Maßnahmen

- Regelmäßige tägliche körperliche Aktivität (z. B. Spazierengehen, Treppesteigen), für wenig trainierte Patienten 5–10 Minuten 2 x wöchentlich, angestrebt werden sollten 20–60 Minuten 2–5 x wöchentlich. Darüber hinaus sollten die Patienten motiviert werden – unter Anleitung – an Herzgruppen teilzunehmen.
- Die Flüssigkeitsaufnahme sollte sich am klinischen Zustand der Patienten und an der Nierenfunktion orientie-

ren. Eine Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme auf 1,5–2 l pro Tag ist bei fortgeschrittener HF zu erwägen. Eine Mäßigung des Alkoholkonsums ist grundsätzlich anzustreben, bei V. a. alkoholinduzierte Kardiomyopathie ist Abstinenz das Ziel.

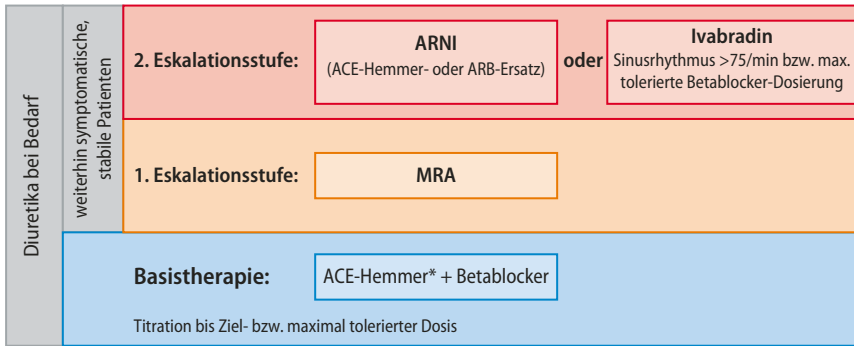
Medikamentöse Therapie

Auf eine detaillierte Darstellung der komplexen medikamentösen Stufentherapie bei systolischer Herzinsuffizienz kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden. **Abb. 1** stellt diese schematisch dar. Um die nachgewiesene Morbiditäts- und Mortalitätsreduktion zu erreichen, soll eine vorsichtige Aufdosierung unter engmaschiger Kontrolle der Verträglichkeit, Vitalparameter und laborchemischen Befunde erfolgen.

Spezielle interventionelle Maßnahmen

Eine kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) kann für Patienten, die trotz optimaler medikamentöser Therapie noch symptomatisch sind und eine LV-

Abb. 1 **Medikamentöse Stufentherapie im DMP systolische Herzinsuffizienz**



ACE = Angiotensin-Conversions-Enzym; *bei Unverträglichkeit; ARB = Angiotensin-Rezeptor-Blocker (Sartane); MRA = Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonist; ARNI = Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitor

Tab. 2 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren des neuen DMP Herzinsuffizienz (siehe auch Abb. 1)**

	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil von Patienten, bei denen mindestens halbjährlich eGFR und Serum-Elektrolyte kontrolliert werden	Anteil der Teilnehmer/-innen, bei denen mindestens halbjährlich eGFR und Serum-Elektrolyte bestimmt wurden, bezogen auf alle Teilnehmer/-innen
2	Hoher Anteil, die einen ACE-Hemmer oder ARB erhalten	Anteil der Teilnehmer ohne Kontraindikation, die einen ACE-Hemmer oder ARB erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer
3	Hoher Anteil, die einen Betablocker erhalten	Anteil der Teilnehmer ohne Kontraindikation, die einen Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer
4	Hoher Anteil, die eine Kombination von ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker erhalten	Anteil der Teilnehmer ohne Kontraindikation, die eine Kombination von ACE-Hemmer oder ARB und einem Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer
5	Bei ACE-Hemmern/ARB und/oder Betablockern: Adäquater Anteil mit erreichter Zieldosierung oder maximal tolerierter Dosis von ACE-Hemmern/ARB und/oder Betablockern	Anteil der Teilnehmer, die die Zieldosierung oder maximal tolerierte Dosis von ACE-Hemmern/ARB und/oder Betablockern erreicht haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmer mit ACE-Hemmer/ARB und/oder Betablocker
6	Hoher Anteil, die an Schulungen teilnehmen	Anteil der Teilnehmer, die an einer Herzinsuffizienz-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf die bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmer
7	Bei NYHA I–III: Hoher Anteil, die regelmäßig körperliches Training betreiben	Anteil der Teilnehmer mit NYHA I–III, die regelmäßig körperliches Training betreiben, bezogen auf alle Teilnehmer mit NYHA I–III
8	Niedriger Anteil mit ungeplanter Herzinsuffizienz-bedingter stationärer Behandlung	Anteil der Teilnehmer mit ungeplanter Herzinsuffizienz-bedingter stationärer Behandlung, bezogen auf alle Teilnehmer

EF ≤ 35% sowie einen Linksschenkelblock mit QRS-Breite > 130 ms bei Sinusrhythmus aufweisen, in Betracht kommen. Zur Primärprävention des plötzlichen Herztodes bei „ischämischer Kardiomyopathie“ kann bei einer LVEF ≤ 35% die Implantation eines Kardioverter-Defibrillators (ICD) erwogen werden, zur Sekundärprävention auch nach überlebtem plötzlichem Herztod oder bei anhaltenden hämodynamisch wirksamen Kammertachykardien.

Schulung der Versicherten

Im Rahmen des DMP Herzinsuffizienz ist zu prüfen, ob die Patienten von strukturierten, evaluierten, Zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren können. Die Schulungselemente beinhalten u. a. das Erlernen von angemessenen Warnsymptomen, z. B. um die Medikation selbstständig anzupassen. Details über den Inhalt der Schulungsprogramme müssen noch regional ausgearbeitet werden.

Qualitätssichernde Maßnahmen

Die für die Dokumentation des Erfolges des DMP Herzinsuffizienz festgesetzten Qualitätsziele und die zur Evaluation wichtigen Qualitätsindikatoren sind in Tab. 2 aufgeführt.

Limitationen

Grundsätzlich basieren die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder auf der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie „unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors“. Allerdings dürfen in einem DMP nur Maßnahmen empfohlen werden, die bereits Bestandteil der Leistungen gesetzlicher Krankenversicherungen sind. So dürfen z. B. Medikamente, die für bestimmte Indikationen (noch) nicht zugelassen sind, nicht empfohlen werden – auch wenn ihre Wirksamkeit in belastbaren Studien nachgewiesen ist und in Leitlinien der Fachgesellschaften bereits Eingang gefunden haben.

Die medikamentöse Stufentherapie der systolischen Herzinsuffizienz ist sehr komplex. Sie bedarf einer großen Erfahrung und stellt eine der zentralen Säulen des kardiologischen Fachgebietes dar. Dies betrifft insbesondere die Langzeitbetreuung. Trotz zahlreicher Anträge, das DMP Herzinsuffizienz primär der kardiologischen fachärztlichen Versorgung zuzuordnen, hat der G-BA und das Bundesgesundheitsministerium unter Minister J. Spahn beschlossen, die Langzeitbetreuung dieser schwerkranken Patienten als Hausarztprogramm zu verabschieden. Kardiologinnen und Kardiologen können nur „in Ausnahmefällen“ (so wörtlich im DMP!) als „koordinierende Ärztinnen/Ärzte“ zugelassen werden. Inwieweit unter diesen gesetzlichen Vorgaben die kardiologischen Kassenarztpraxen in das Hausarztprogramm DMP Herzinsuffizienz mit entsprechenden Vergütungsregelungen eingebunden werden können, muss regional noch diskutiert und ausgearbeitet werden.

Gleichzeitige Einschreibung in zwei DMP-Programme nicht möglich

Eine weitere Limitation dieses G-BA-Beschlusses ist, dass eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP chronische Herzinsuffizienz und in das DMP koronare Herzkrankheit nicht möglich ist. Hat sich z. B. die chronische HF auf dem Boden einer KHK entwickelt, muss von Seiten der Ärzteschaft abgewogen werden, von welchem der beiden DMP-Programme die Patienten stärker profitieren. So kann z. B. ein Koronarpatient mit HF und fortbestehendem Nikotinkonsum zwar an der Schulung zur Steigerung der körperlichen Aktivität teilnehmen, nicht aber an der Schulung zur Raucherentwöhnung des DMP KHK.

In den aktuellen ESC-Leitlinien für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz [3] werden drei Kategorien dieser Erkrankung unterschieden: Herzinsuffizienz mit reduzierter (r) linksventrikulärer Auswurffraktion (EF < 40%: HF_rEF), HF mit mittelgradig reduzierter (mr) EF (40–49%: HF_{mr}EF) und HF mit erhaltener (preserved, p) EF (≥ 50%: HF_pEF). HF_{mr}EF und HF_pEF wurden als diastolische Herzinsuffizienz zusammenge-

fasst. Diese häufige Form der Herzinsuffizienz, bei deren Diagnostik der Echokardiografie eine zentrale Rolle zukommt, ist zwar im DMP nicht berücksichtigt, aber bislang konnte hier auch keine Therapieform überzeugend eine Reduktion der Morbidität und Mortalität zeigen. Da Patienten mit diastolischer Herzinsuffizienz aber oft hochsymptomatisch sind, steht umso mehr die Therapie der Komorbiditäten im Vordergrund. Oft lindern auch Diuretika die Belastungsdyspnoe. ■

→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** **The new Disease Management Program (DMP) for patients with chronic systolic heart failure in Germany: Goals and limitations**
Disease Management Program / heart failure / systolic left ventricular dysfunction / reduced left ventricular function

→ **Anschrift des Verfassers:**
Prof. Dr. med. Sigmund Silber
Kardiologische Praxis, Tal 21, D-80331 München, E-Mail: sigmund@silber.com
www.sigmund-silber.com

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Die Schaffung eines eigenständigen DMP für Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz (HF) war längst überfällig. Die Initiative ging von kardiologischer Seite aus.
2. Das DMP Herzinsuffizienz löst das frühere Modul Herzinsuffizienz ab, das ausschließlich die KHK als Ursache der HF berücksichtigte.
3. Zu begrüßen sind v. a. die neuen Qualitätsindikatoren zur Kontrolle der komplexen medikamentösen Stufentherapie (**Tab. 2**).
4. Zu kritisieren bleibt die organisatorische Grundstruktur, wonach kardiologische Facharztpraxen nur in Ausnahmefällen die Koordination übernehmen dürfen.
5. Nun ist es Aufgabe der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die kardiologischen Facharztpraxen sinnvoll in das Gesamtkonzept dieses wichtigen DMP zu integrieren.

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. www.bundesanzeiger.de
2. www.destatis.de
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, Falk V, Gonzalez-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GMC, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P, Group ESCSD. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016;37:2129-2200