



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie  
(DMP-A-RL):

Änderung der Anlage 5 (DMP KHK) und Anlage 6 (KHK Dokumentation)

Berlin, 15.08.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer ist mit Schreiben vom 18.07.2019 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgefordert worden, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL), Änderung der Anlage 5 (DMP KHK) und Anlage 6 (KHK Dokumentation), abzugeben.

Die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme n. § 137f SGB V (Disease Management Programme – DMP) liegt seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 beim G-BA. Die Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP hat der G-BA gemäß § 137f Abs. 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen.

### **Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:**

Die Bundesärztekammer begrüßt die Überarbeitung der Anforderungen des DMP KHK als Beitrag zur Anpassungen an aktuelle Erkenntnisstände bei Diagnostik und Therapie.

Im Detail möchten wir noch folgende Hinweise geben:

#### **Zu Abschnitt 1.5.1.1 Ernährung**

Dieser Abschnitt thematisiert unverändert die ärztliche Beratung übergewichtiger Patientinnen und Patienten mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion.

Unabhängig von den Erkenntnissen aus der Primärprävention, wonach Übergewicht und Adipositas mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse verbunden sind, ist hierzu anzumerken, dass der Nutzen einer Gewichtsreduktion aktuell nicht als belegt angesehen werden kann. Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) KHK nennt daher zum Thema Gewichtsmanagement von KHK-Patientinnen und -Patienten lediglich die Empfehlung, eine Zunahme des Körpergewichts zu vermeiden.

Bezogen auf die Gesamtmortalität in Abhängigkeit vom Body Mass Index (BMI) wurde in Studien ein Überlebensvorteil übergewichtiger KHK-Patienten gegenüber Patienten mit einem geringeren BMI beobachtet und keine signifikant erhöhte Sterblichkeit bei Patienten mit einer Adipositas (sog. „Adipositas-Paradoxon“). Insofern ist es wichtig, den Nutzen einer Intervention mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion vom Nutzen regelmäßiger sportlicher Bewegung abzugrenzen.

#### **Zu Abschnitt 1.5.2.3 Psychische Komorbiditäten**

Auf die besondere Bedeutung des Vorliegens einer Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität bei Patientinnen und Patienten mit KHK wird im DMP zutreffend hingewiesen. Es sollte daher geprüft werden, ob nicht in der Konsequenz regelmäßig ein Screening auf das Vorliegen einer Depression in die Anforderungen aufgenommen werden sollte, wie dies etwa in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) KHK mit einer starken Empfehlung versehen ist.

#### **Zu Abschnitt 1.3 Therapieziele**

Neu in diesen Abschnitt aufgenommen werden sollen die Überprüfungen von Indikation und Wirksamkeit der Medikation und der Therapieadhärenz. Dies ist sinnvoll und entspricht auch den Empfehlungen der NVL KHK. Es wäre zu prüfen, ob dem im DMP enthaltenen

Hinweis, wonach Anpassungen je nach individueller Konstellation zu erwägen sind, nicht noch eine weitere Spezifizierung der Adhärenzprüfung hinzugefügt werden könnte. Diese beträfe die spezielle Situation vor einer geplanten Therapieeskalation, in der eine Überprüfung der Medikamentenadhärenz besonders angezeigt wäre, um unnötige Dosissteigerungen zu vermeiden.

Bei der ebenfalls neu in diesem Abschnitt aufgenommenen Beschreibung der Verlaufskontrolle, in welcher der klinische Status der Patientinnen und Patienten überprüft werden soll, könnte gleichfalls noch eine Präzisierung erfolgen. So wird in der NVL KHK im Sinne der Vermeidung von Überversorgung ausdrücklich betont, dass bei asymptomatischen Patienten im Rahmen der Verlaufsbeobachtung keine spezielle kardiale Diagnostik (einschließlich Ergometrie, Echokardiographie) zur Abklärung der stenosierenden KHK erfolgen soll.

### **Zu Abschnitt 1.5.1.3 Körperliche Aktivität**

Die Empfehlungen zur körperlichen Aktivität der Patientinnen und Patienten sollen dahingehend ergänzt werden, auch „mindestens 2x wöchentlich Krafttraining“ durchzuführen. In den tragenden Gründen wird dazu auf diverse Leitlinien verwiesen, darunter die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) KHK.

Zumindest aus der NVL KHK ist diese Herleitung so nicht korrekt. Dort findet sich keine starke Empfehlung für ein solches Krafttraining, lediglich im Kapitel „Begriffsdefinition und Intensität“ wird erläutert, dass Krafttraining i. d. R. zweimal wöchentlich durchgeführt werden sollte. Daraus lässt sich jedoch nicht ableiten, dass alle Patienten mit KHK zwei Stunden aerobes Training pro Woche und zusätzlich zweimal Krafttraining durchführen sollen. Einige Patienten mag dies überfordern.

### **Zu Abschnitt 1.5.5.1 Koronarangiografie**

Dieser Abschnitt des DMP beinhaltet unverändert eine Reihe von Erwägungsgründen für die Durchführung einer Koronarangiografie bei Patientinnen und Patienten mit KHK. Es sollte geprüft werden, ob nicht analog zu den Empfehlungen der NVL KHK auch explizit Konstellationen aufgenommen werden sollten, in denen von einer Koronarangiografie Abstand genommen werden sollte, insbesondere

- hohe Komorbidität, bei der das Risiko der Koronarangiographie größer ist als der Nutzen durch die Sicherung der Diagnose und hieraus resultierender therapeutischer Maßnahmen
- Patientinnen und Patienten ohne symptomatische Indikation, die nach entsprechender Beratung zu Nutzen und Risiken einer Herzkatheter-Untersuchung aus prognostischer Indikation nicht bereit sind.

### **Zu Abschnitt 1.5.5.2 Interventionelle und operative Koronarrevaskularisation**

In diesem (gleichfalls unverändert belassenen) Abschnitt wird eingangs zutreffend auf die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen angesichts des Einsatzes invasiver Therapiemaßnahmen hingewiesen. Es sollte geprüft werden, ob dieser Aspekt nicht auch noch an anderer Stelle verdeutlicht werden kann. So wird zwar am Ende des Abschnitts die Empfehlung einer interdisziplinären Abstimmung zwischen Kardiologen, Herzchirurgen und Hausärzten zwecks Abstimmung der optimalen Therapie zum Ausdruck gebracht. Es sollte

aber gegebenenfalls klargestellt werden, dass auch die interdisziplinäre Abstimmung die Patientenpräferenzen berücksichtigt und eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patientinnen und Patienten ermöglicht.