



DMP Koronare Herzkrankheit

DMP mit neuem Anstrich

Im Sommer 2014 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das DMP Koronare Herzkrankheit an neue medizinische Erkenntnisse angepasst. Wir sagen, was Sie bei diesem Neuanstrich beachten müssen.

Ursache der Koronaren Herzkrankheit (KHK) ist eine Durchblutungsstörung in den Herzkranzgefäßen. Dadurch wird das Herz nicht mehr ausreichend mit lebensnotwendigem Sauerstoff versorgt. Das DMP Koronare Herzkrankheit verfolgt seit seiner Einführung vor allem das Ziel, die Sterblichkeit zu vermindern und Herzinfarkte, die Entwicklung einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche) und Angina-pectoris-Beschwerden zu vermeiden. In Deutschland sind rund 1,75 Millionen gesetzlich Krankenversicherte in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschrieben.

Vor allem Patienten, die ein höheres Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen haben, profitieren ganz direkt von den Maßnahmen, die im DMP vorgesehen

sind: Regelmäßige Kontrolluntersuchungen, Schulungen der Patienten und klare Regeln für die Überweisung zu Fachärzten sollen dazu beitragen, dass sich der Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Patienten nicht verschlechtern. Neben der guten medizinischen Behandlung und einem reibungslosen Zusammenwirken der verschiedenen behandelnden Stellen ist es vor allem auch eine gesundheitsgerechte Lebensführung des Patienten, die hilft, Angina pectoris, einen Herzinfarkt oder einen Wiederholungs-Infarkt zu vermeiden.

Vorgaben präzisiert

Bei der gesundheitsgerechten Lebensführung wurden die Vorgaben jetzt präzisiert. Es geht nicht mehr nur allgemein

darum, den Patienten zu etwas mehr körperlicher Bewegung zu animieren, sondern die Neufassung nennt harte Fakten: „Anzustreben ist eine möglichst tägliche körperliche Aktivität von mindestens 30 Minuten Dauer.“

Hier können Sie gut unterstützen. Ermuntern Sie den Patienten, den Weg zur Praxis und zurück zu laufen, statt den Bus zu nehmen. Oder bei einem längeren Weg mal eine Station früher auszusteigen und die letzten paar hundert Meter zu Fuß zurückzulegen.

Webtipps

Download Änderungsdocument

www.info-praxisteam.de

BARMER GEK

www.barmer-gek.de/101047

Tagebuch-Formular für

KHK-Patienten

www.aok-gesundheitspartner.de

Webcode W171358

Für Patienten mit besonders hohem Risiko – etwa Patienten mit Herzinsuffizienz – sollen medizinisch begleitete Sportprogramme in Herzgruppen empfohlen werden. Auch hier können Sie unterstützen, indem Sie zum Beispiel Adressen von solchen Gruppen als Handzettel auslegen. Beim Beschaffen der erforderlichen Informationen unterstützen Sie auch die Krankenkassen vor Ort.

Erhöhtes Risiko beachten

Patienten mit Diabetes und/oder arteriellem Bluthochdruck haben ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Das wird im neu formulierten DMP verstärkt berücksichtigt. So werden eine regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks und eine konsequente Behandlung bei Hochdruck gefordert. Mit „eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch von 130 mmHg bis 139 mmHg und diastolisch von 80 mmHg bis 89 mmHg“ werden hier konkrete Blutdruck-Zielwerte formuliert. Natürlich kann die Gesamtsituation des Patienten (v. a. weitere Begleiterkrankungen) hier individuelle Abweichungen erforderlich machen. Wegen des häufigen gemeinsamen Auftretens von KHK und Diabetes sollten Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK auf das Vorliegen eines Diabetes mellitus und seiner Vorstufen untersucht werden.

Von weitreichender Bedeutung ist das Kapitel zum Medikamentenmanagement, denn hier wird ein strukturiertes Vorgehen gefordert. Wörtlich heißt das für „Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln ... erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln gibt“: Mindestens einmal im Jahr sollen sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfasst werden. Nur so können mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigt und ggf. Therapieänderungen oder Dosisanpassungen vorgenommen werden. Bei Verordnung von Arzneimitteln, die über die Nieren ausgeschieden werden, soll dabei auch

mindestens einmal im Jahr die Nierenfunktion überprüft werden.

Besonders kompliziert ist das Thema des Medikamentenmanagements bei älteren Patienten. Zum einen, weil der Körper im fortgeschrittenen Alter immer schlechter mit Arzneimittelwirkstoffen umgehen kann, was Aufnahme, Verteilung und Ausscheidung betrifft. Aber auch, weil bei ihnen häufig viele verschiedene Leiden therapiert werden. Neben dem DMP KHK beim Hausarzt behandelt der Diabetologe den Alters-Diabetes, der Orthopäde die Arthrose, der Pneumologe die Luftknappheit und der Urologe die anhaltenden Blasenentzündungen. Und da Medikationspläne nicht immer zwischen Haus- und Fachärzten oder zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich ausgetauscht werden, sind Probleme vorhersehbar.

Medikamentencheck

Ihnen als MFA kann beim Medikamentenmanagement eine besondere Rolle zukommen, denn Sie sehen die Patienten ja regelmäßig. Stellen Sie sich dabei am besten immer die gleichen Fragen: Wie wirkt der Patient auf mich? Macht er einen stabilen Eindruck oder baut er ab?

Wie ist seine häusliche Situation? War er kürzlich in einem Krankenhaus? Wann gab es den letzten Medikamenten-Check? Der soll nach den neuen DMP-Richtlinien mindestens einmal jährlich stattfinden. Dann bitten Sie den Patienten, alle seine Medikamente mitzubringen oder sich vom Apotheker eine Medikamentenliste zusammenstellen zu lassen. Nicht nur die in der eigenen Praxis oder beim Facharzt verschriebenen, auch alle Formen von Selbstmedikation aus der Apotheke vom Schmerz- bis zum Abführmittel. Erfragen Sie dazu beim Patienten auch Erinnerungstechniken, die ihm bei der täglichen Einnahme helfen. Hat er eine Tablettenbox, die regelmäßig gefüllt und kontrolliert wird? Helfen Sie ihm ggf. mit Tipps. In der Patientenakte soll jedenfalls eine aktuelle Medikationsliste vorhanden sein.

Kleinere Änderungen gab es auch bei der Dokumentation im DMP KHK. So sollen bei Angina pectoris jetzt die Schweregrade mit der CCS-Klassifikation angegeben werden und die Laborwerte für LDL-Cholesterin. Die komplette Übersicht der Änderungen in der Dokumentation können Sie als PDF-Dokument im Internet herunterladen (siehe Webtipp).

Neue DMP in der Beratung

Im August 2014 gab der G-BA die Entscheidung bekannt: Zu den vier Krankheiten Rheumatoide Arthritis, chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose und Rückenleiden werden Beratungen zur Einrichtung eigener DMPs aufgenommen. Das hat aber nicht zwangsläufig die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramms zur Folge, die tatsächliche Umsetzung hängt vielmehr von den Ergebnissen der Beratungen ab. Als Basis für diese Beratungen hat der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer aktuellen Leitlinienrecherche zu allen vier Erkrankungen beauftragt. Das IQWiG soll zunächst die Diagnose Herzschwäche bearbeiten, denn hier kann das Institut auf seinen Vorarbeiten für das bereits seit 2008 bestehende DMP-Modul Herzinsuffizienz aufbauen.

Auch die weiterführende Bewertung der DMP hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen. Danach soll es neben der regelmäßigen Berichterstattung über krankheitsspezifische und diagnoseübergreifende Parameter auch einen Vergleich zwischen der „Regelversorgung“ und der Versorgung in den DMP geben – ein Ansatz, der bisher in der DMP-Evaluation nicht vorgesehen war. Das soll eine bessere Bewertung der DMP-Effekte möglich machen und dem G-BA helfen, die Vorgaben für die Behandlung der chronisch kranken Patienten weiter zu verbessern.

PW