

DMP KHK – wie schulen wir PatientInnen und wie verbessern wir das Lipidprofil?

Dr. med. Martin Dürsch

Cardiovasculäres Centrum Rhein Main GmbH

Es bestehen keine Interessenskonflikte

Agenda

- Aktualisierung im DMP KHK 04/2021
- Patientenschulung im DMP KHK –
Wie geht das?
- Optimierung der Lipidtherapie

Beschluss



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die 18. Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 5
(DMP KHK) und Anlage 6 (KHK Dokumentation)**

Vom 22. November 2019

Inkrafttreten 01.04.2021

Laboruntersuchungen

In mindestens **jährlichen Abständen** sollten je nach individueller Risikokonstellation Kontrollen von entsprechenden Laborparametern erfolgen (z.B. **GFR, Lipide, BZ...**)

Anmerkung: Gem. Lipidleitlinien 2019 sollte einmal im Leben **Lp(a)** bestimmt werden

Körperliche Aktivität

- **Alle Patientinnen und Patienten sollen zu regelmäßiger körperlichen Aktivität motiviert werden.** Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) und sportliches Training. Diese Interventionen sollen so ausgerichtet sein, dass die Patientinnen und Patienten motivierten sind, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren. **Allen Patientinnen und Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko ... soll die Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen** unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden.
- Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung ... soll **moderates bis anstrengendes aerobes Training für mindestens 2 Stunden in der Woche** empfohlen werden. Dies kann auf Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen) verteilt werden. **Zusätzlich soll mindestens 2x wöchentlich Krafttraining** durchgeführt werden.

Körperliche Aktivität

- **Alle Patientinnen und Patienten sollen zu regelmäßiger körperlichen Aktivität motiviert werden.** Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) und sportliches Training. Diese Interventionen sollen so ausgerichtet sein, dass die Patientinnen und Patienten motivierten sind, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren. Allen Patientinnen und Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko ... soll die **Teilnahme an** medizinisch begleiteten Sportprogrammen in **Herzgruppen** unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden.
- Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung ... soll **moderates bis anstrengendes aerobes Training für mindestens 2 Stunden in der Woche** empfohlen werden. Dies kann auf Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen) verteilt werden. Zusätzlich soll mindestens **2x wöchentlich Krafttraining** durchgeführt werden.

Schutzimpfungen

Patientinnen und Patienten mit KHK sollen Schutzimpfungen nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (SI-RL) in der jeweils geltenden Fassung empfohlen werden.

Lipidsenker

- **Unabhängig vom Ausgangswert** der Blutfettwerte sollen alle Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten **dauerhaft** HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erhalten.
- Es soll **entweder eine feste Hochdosistherapie** (unabhängig vom LDL-Wert) **oder eine Zielwertstrategie** gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart werden.
- Bei Nebenwirkungen unter Statinen soll durch Reduzierung der Dosis oder Umsetzung auf ein anderes Statinpräparat die Weiterführung der Behandlung versucht werden.
- **Ezetimib** kann Patientinnen und Patienten mit KHK angeboten werden um hohe Statindosen zu vermeiden, wenn die LDL-Cholesterinzielwerte unter niedrigen Dosen nicht erreicht werden.

Lipidsenker

- **Unabhängig vom Ausgangswert** der Blutfettwerte sollen alle Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten **dauerhaft** HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erhalten.
- Es soll **entweder eine feste Hochdosistherapie** (unabhängig vom LDL-Wert) **oder eine Zielwertstrategie** gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart werden.
- Bei Nebenwirkungen unter Statinen soll durch Reduzierung der Dosis oder Umsetzung auf ein anderes Statinpräparat die Weiterführung der Behandlung versucht werden.
- **Ezetimib** kann Patientinnen und Patienten mit KHK angeboten werden um hohe Statindosen zu vermeiden, wenn die LDL-Cholesterinzielwerte unter niedrigen Dosen nicht erreicht werden.

Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris

- Zur Behandlung eines Angina-pectoris-Anfalls sind **schnellwirkende Nitrate** das Mittel der ersten Wahl.
- Für die antianginöse **Dauertherapie** der chronischen KHK **stehen** primär **Betarezeptorenblocker**, gegebenenfalls in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten unter Beachtung der **jeweiligen** Kontraindikationen **zur Verfügung**.

Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris

- Zur Behandlung eines Angina-pectoris-Anfalls sind **schnellwirkende Nitrate** das Mittel der ersten Wahl.
- Für die antianginöse Dauertherapie der chronischen KHK stehen primär **Betarezeptorenblocker**, gegebenenfalls in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten unter Beachtung der jeweiligen Kontraindikationen zur Verfügung.

Betablocker

Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sollten Patientinnen und Patienten für **mindestens ein Jahr** mit Betarezeptorenblocker behandelt werden. Bei Vorliegen weiterer klinischer Indikationen (z. B. eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion, systolische Herzinsuffizienz, Hypertonus, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris) sollte die Therapie mit Betarezeptorenblockern fortgeführt werden.

Betablocker

Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere **nach akutem Myokardinfarkt**, sollten Patientinnen und Patienten **für mindestens ein Jahr** mit Betarezeptorenblocker behandelt werden. Bei Vorliegen weiterer klinischer Indikationen (z. B. eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion, systolische Herzinsuffizienz, Hypertonus, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris) sollte die Therapie mit Betarezeptorenblockern fortgeführt werden.

Schulung der Versicherten

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (unter anderem Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie **KHK-relevanten**) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. **Alle Patientinnen und Patienten, die davon profitieren können, sollen Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.**

Schulung der Versicherten

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (unter anderem Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie **KHK-relevanten**) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. **Alle Patientinnen und Patienten, die davon profitieren können, sollen Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.**

KARDIO-FIT

Schulungs- und Behandlungsprogramm
für Patienten mit Koronarer
Herzerkrankung



Seit 2018

DMP-Programme

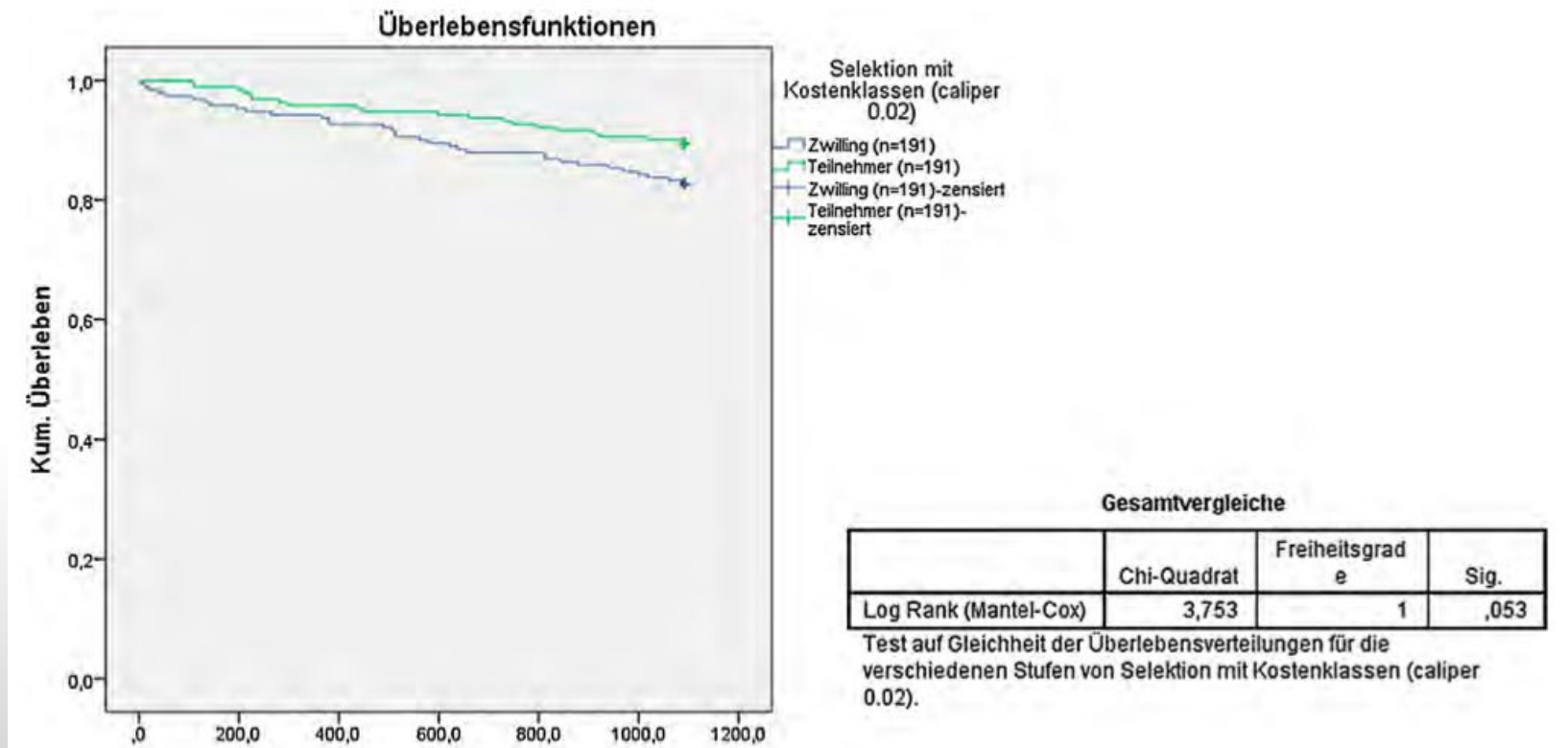
Indikation	DMP seit
Diabetes mellitus Typ 1	1. März 2004
Diabetes mellitus Typ 2	1. Juli 2002
Brustkrebs	1. Juli 2002
Koronare Herzkrankheit Herzinsuffizienz	1. Mai 2003
Asthma bronchiale	1. Januar 2005
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1. Januar 2005
Herzinsuffizienz	24. August 2018
Osteoporose	06. Februar 2020

Gefördert durch die

Dr. Senckenbergische  **Stiftung**

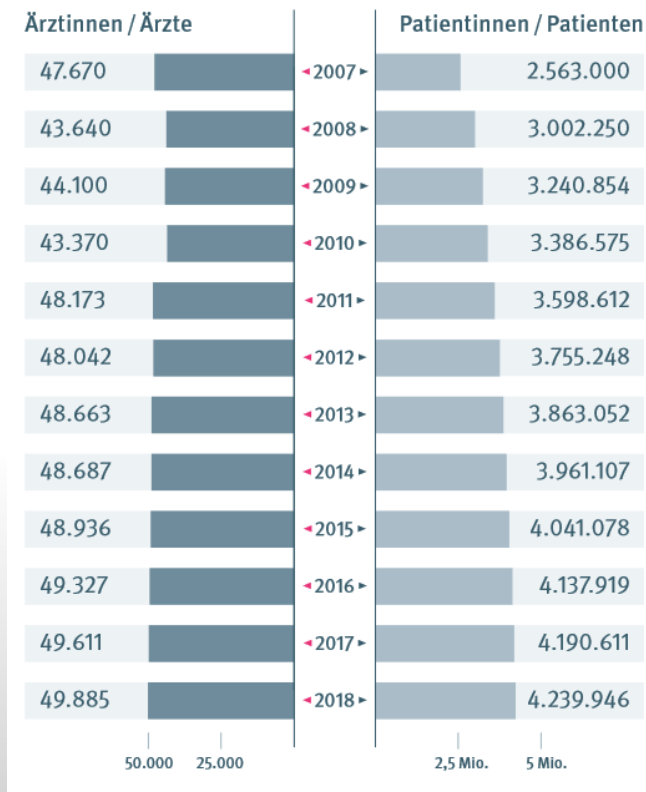


Pilotstudie zur Evaluation des DMP Koronare Herzkrankheit — Entwicklung einer Methodik und erste Ergebnisse (T.Schulte et al 2015)

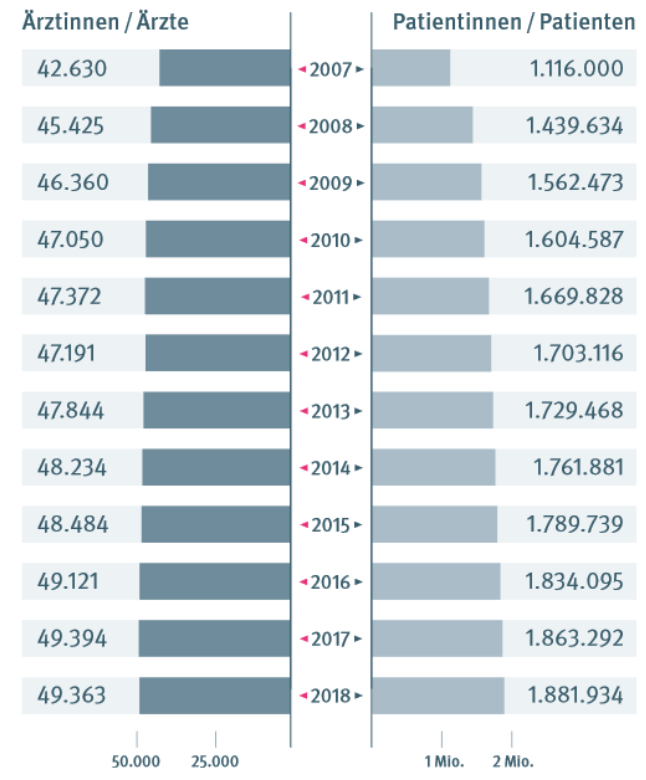


Vergleich DMP Dm2 / DMP KHK

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



DMP KORONARE HERZKRANKHEIT



Vergleich DMP Dm2 / DMP KHK

- Prävalenz KHK **8,1%**
Prävalenz DM2 **7,2%**
- Eingeschrieben ins DMP KHK: **1,88 Mio**
ins DMP DM2: **4,24 Mio**
- Teilnahme an Diabetes-Schulungen im
DMP DM2: **25,4%**

Bis 2018 gab es kein KHK-Schulungsprogramm

Im DMP DM2 zugelassene krankheitsspezifische Schulungsprogramme

(Stand 2014)

Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	Kronsbein P, Jörgens-V.
DM 2 MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)	Kulzer-B
DM 2 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen	Grüßer-M, Röger-Ch, Jörgens-V.
DM 2 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	Kalfhaus-J, Berger-M.
DM 2 Diabetes II im Gespräch	Hartwig A, Tewes U, Brinkmeier U.
DM 2 Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen	Tewes, A.; Frank, M. & Brinkmeier, U.
DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen) <i>nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM 2</i>	M. Siegrist, P. Zimmer, W.-R. Klare, P. Borchert, M. Halle
DM 2 Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III - deutsche Version*	Schachinger H, Hegar K., Hermanns N, Straumann, M, Keller U, Fehm - Wolfsdorf G, Berger W, Cox D
DM 2 HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)*	Hermanns N., Kulzer B., Kubiak T., Krichbaum M., Haak T.:
DM 2 SGS (Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm)	A K. Braun, T Kubiak, J Kuntsche, M M-Höfig, U A. Müller, I Feucht, A Zeyfang
DM 2 MEDIAS 2 ICT	Hermanns N, Kulzer B, Maier B, Mahr M, Haak T.
DM 2 Bewegung und Sport bei Diabetes	Huber G.
Diabetesbuch für Kinder (Alter 5 ½ bis 12 Jahre)	Hürter et al.,
DM 1 Jugendliche mit Diabetes	Lange et al
DM 1 Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III	Schachinger H, Hegar K., Hermanns N, Straumann M, Keller U, Fehm - Wolfsdorf G, Berger W, Cox D,
DM 1 HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)	Hermanns N., Kulzer B., Kubiak T., Krichbaum M., Haak T

Hypertonie Schulungs- und Behandlungsprogramm

T. Heise, E. Jennen, P.T. Sawicki

Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP),
Autoren: T.Heise, E. Jennen, P. T. Sawicki

Unterrichtsmaterialien: 198.-€
Verbrauchsmaterialien 10
Einheiten 79,90.-€

Springer Verlag

<https://www.springermedizin.de/hypertonie/hypertonie-behandlungs-und-schulungsprogramm/10131592>



Hypertonie Schulungs- und Behandlungsprogramm

M. Grüßer, V. Jörgens

Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

Autoren

Unterrichtsmaterialien: 189.-€

Verbrauchsmaterialien 10

Einheiten 89,95 €

Deuter Ärzteverlag

www.patientenschulungsprogramme.de



IPM – Institut für Präventive Medizin

Bluthochdruck - mein Lernbuch

R. Schmieder,
E. Böttcher-Bühler



KARDIO-FIT

Schulungs- und Behandlungsprogramm
für Patienten mit Koronarer
Herzerkrankung



Seit 2018

Chronologie Kardio-Fit

2002 Einführung der Disease Management Programme

2004 Gründung **Schulungsverein Frankfurt Nord**



2006 **Senckenbergische Stiftung**
erklärt sich zum Sponsoring eines
Schulungsprogramms bereit

Gefördert durch die



Ab 2007 Evaluationsstudie



21.11.2014 Veröffentlichung der Studie im Deutschen Ärzteblatt

2016 Akkreditierung durch Bundesamt für Soziale
Sicherheit

2018 Aufnahme von KARDIO-FIT in die DMP-Verträge

ORIGINALARBEIT

Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit koronarer Herzkrankheit

Evaluation der Wirksamkeit in einer randomisierten, kontrollierten Studie

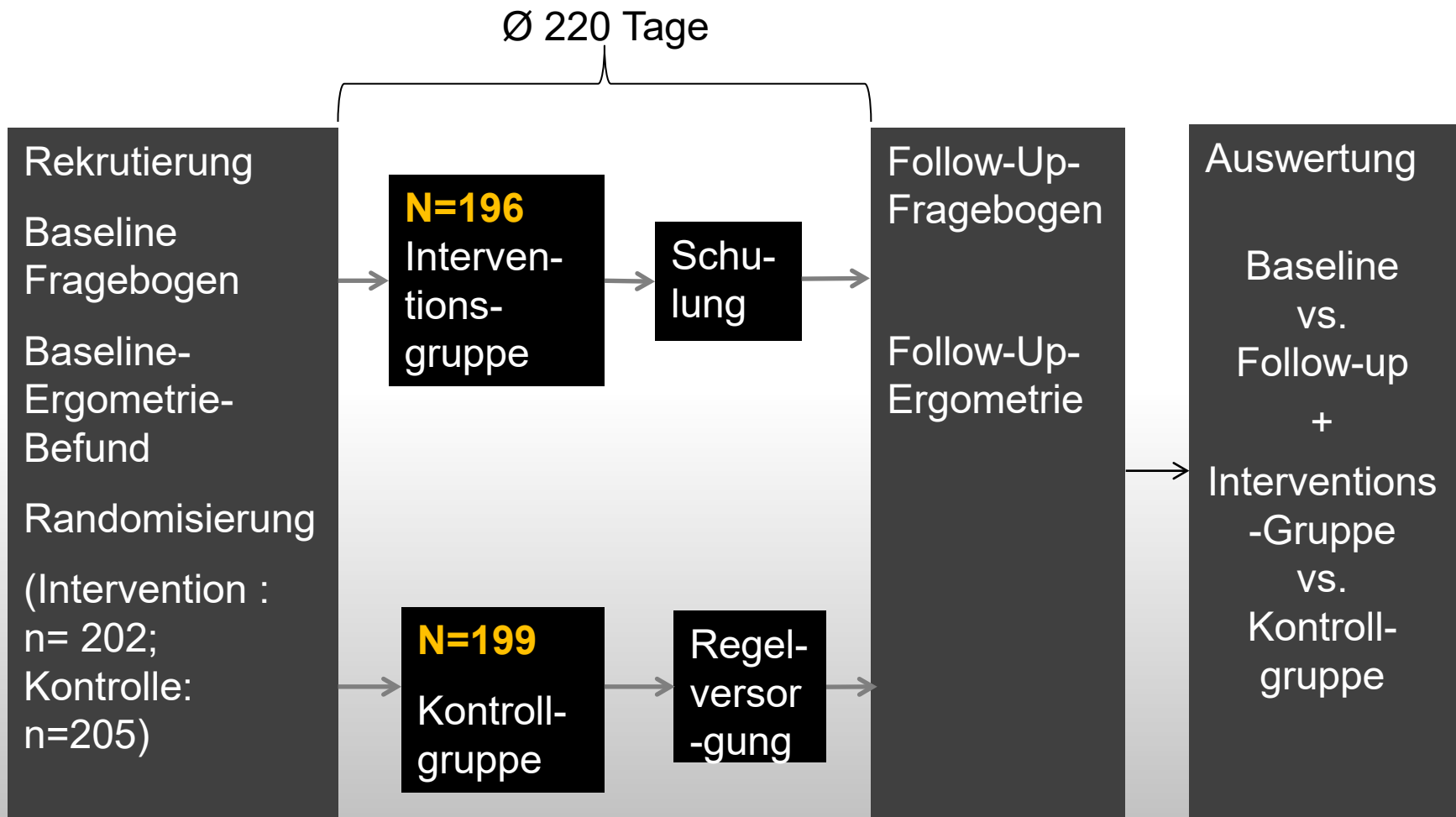
Richard J. Melamed*, Alexander Tillmann*, Heidrun-Eva Kuffeitner,
Uwe Thürmer, Martin Dürsch

21.11.2014

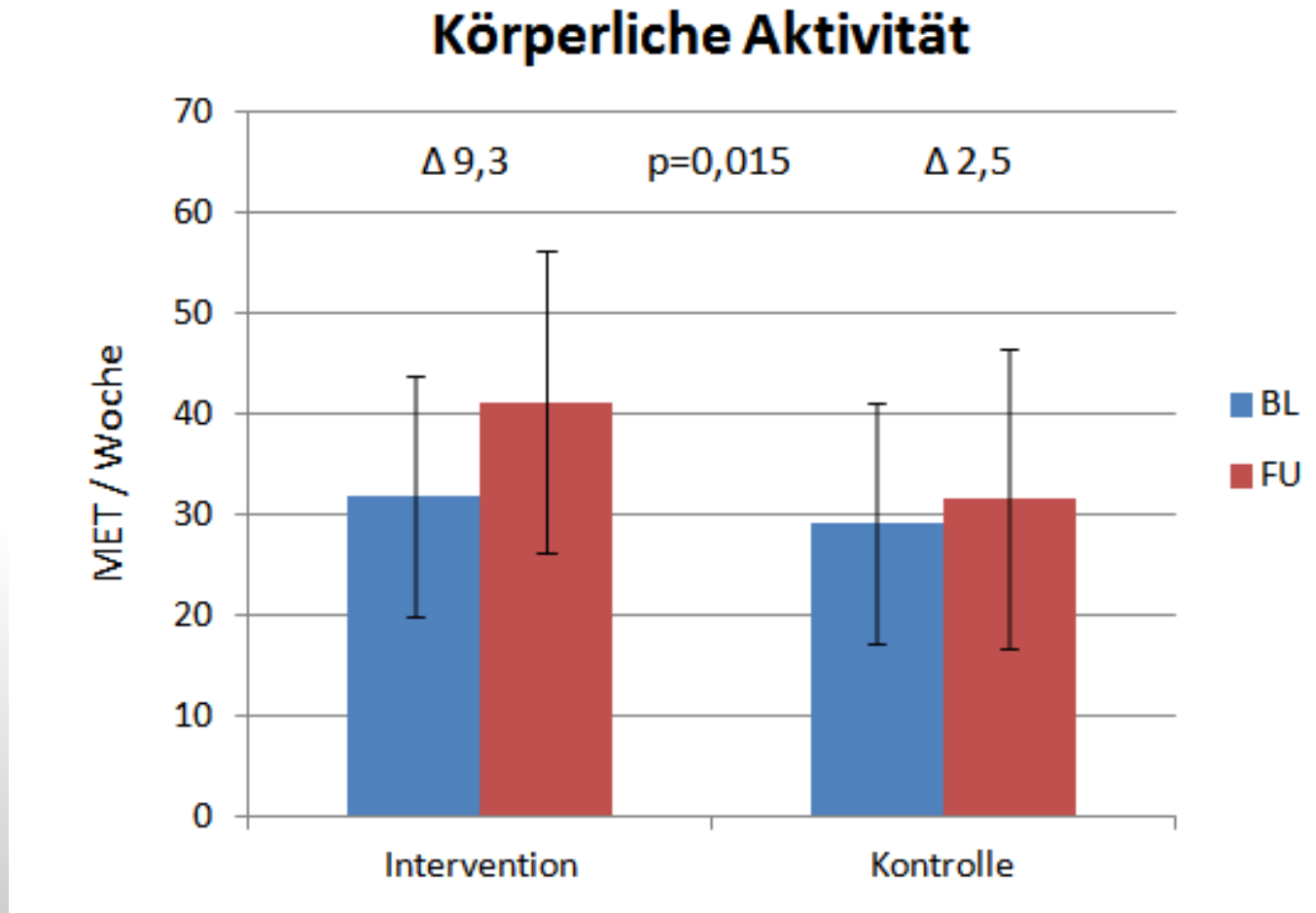
Nachdruck – auch auszugsweise –, Vervielfältigung, Mikrokopie, Einspeicherung in elektronische Datenbanken
und Übersetzung nur mit Genehmigung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 50859 Köln, Postfach 40 02 65

Methode: Studienablauf

prospektive, randomisierte und kontrollierte Interventionsstudie

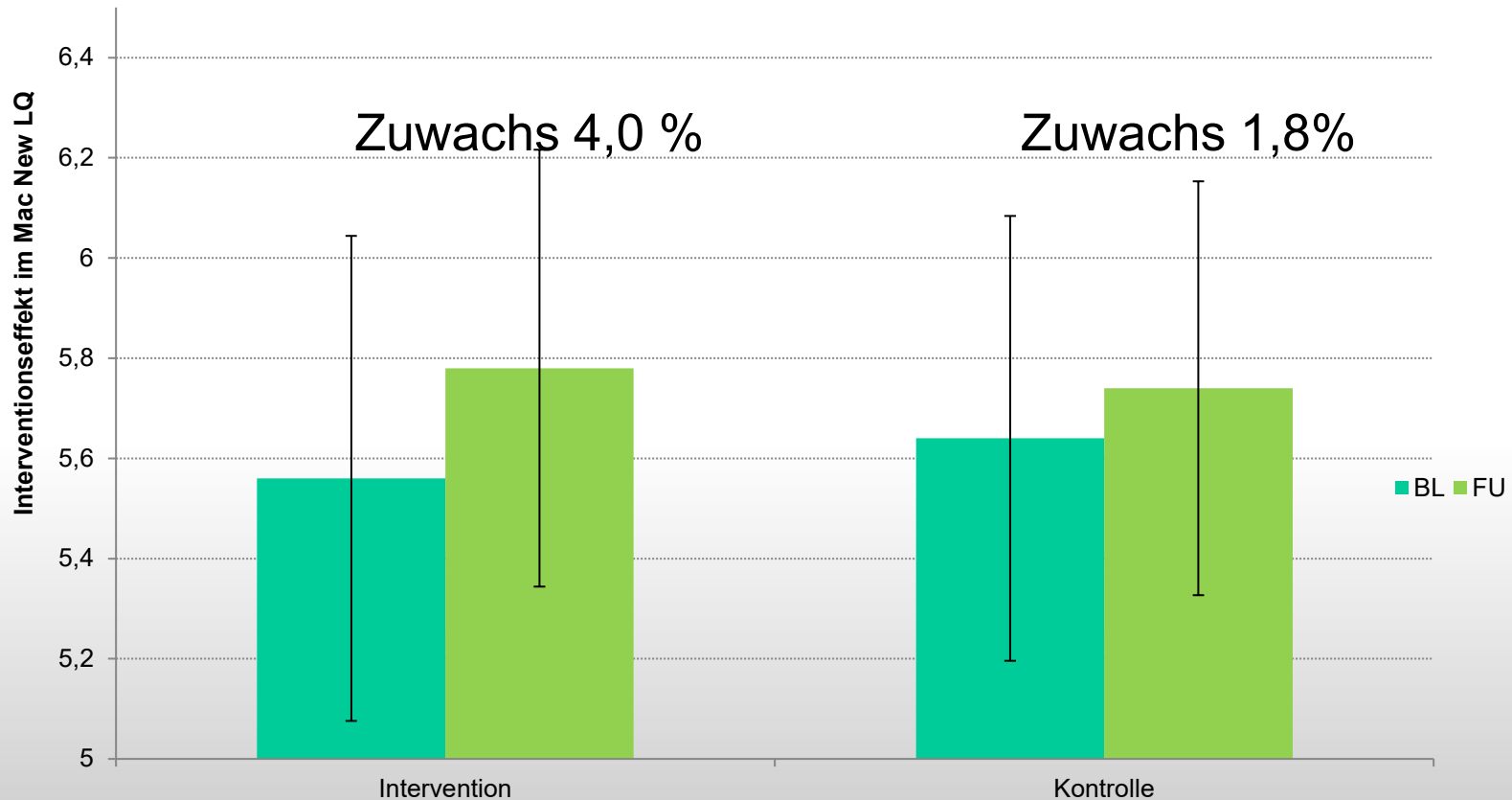


Ergebnisse: Primäre Zielgrößen



Ergebnisse: Primäre Zielgrößen

krankheitsbezogene Lebensqualität



Zuwächse mit $z = -2,26$, $p = 0,024$ im Mann-Whitney-U-Test signifikant unterschiedlich

Schlussfolgerung

- Körperliche Aktivität wurde im Vergleich signifikant um 18% (+6,9 MET/Woche) zusätzlich gesteigert. Durchschnittlicher Aktivitätszuwachs bei Schulungsteilnehmer \cong 1 1/4 Std. Joggen/Woche
- Die krankheitsbezogene Lebensqualität wurde signifikant verbessert

Aktueller Stand der Aufnahme des Schulungsprogramms in die DMP-Verträge

(Akkreditierung durch BAS 2016)

KV	Vergütung pro Patient/U-Einheit	Vergütung Material
KV Bayern (seit 1.4.2019)	25 €	9 €
KV Berlin	23 €	?
KV Brandenburg	23 €	8 €
KV Bremen		
KV Hessen	25,50 €	(wird komplett übern.)
KV Mecklenburg-Vorpommern		
KV Niedersachsen	26 € (7,80 € zusätzlich bei Schulungsabschluss)	10 €
KV Nordrhein		
KV Rheinland-Pfalz		
KV Saarland	25 €	9,55 €
KV Sachsen-Anhalt	20 €	9,99 €
KV Schleswig-Holstein	12,78 € (bei 6 UE!)	8 €
KV Westfalen-Lippe	25 €	10 €

Bislang keine DMP-Aufnahme:

KV Baden-Württemberg

KV Sachsen

KV Hamburg

KV Thüringen

Trainerseminare

derzeit auch online verfügbar



www.kardio-fit.de

Unterrichtsmaterialien



www.kardio-fit.de



KHK-Schulungsprogramm
Kardio-Fit

Home

Für Ärzte

Für Patienten

Trainer-Seminare

Presse & Aktuelles

Fragen & Kontakt



KARDIO-FIT – die erste akkreditierte Patientenschulung im Disease Management Programm Koronare Herzkrankheit (DMP KHK)

Ein krankheitsspezifisches Patientenschulungsprogramm war im DMP KHK schon längst überfällig. Ähnlich wie im DMP Diabetes oder COPD bietet KARDIO-FIT eine strukturierte und evaluierte Schulung für Patienten mit koronarer Herzerkrankung. Experten werden in eigener Sache sollte das erklärte Ziel eines jeden chronisch Kranken sein.

Erfahren Sie mehr:

ICH BIN PATIENT

ICH BIN ARZT



KARDIO-FIT Trainerseminare online:
Am 04.05./01.06.22 sind noch Plätze frei!

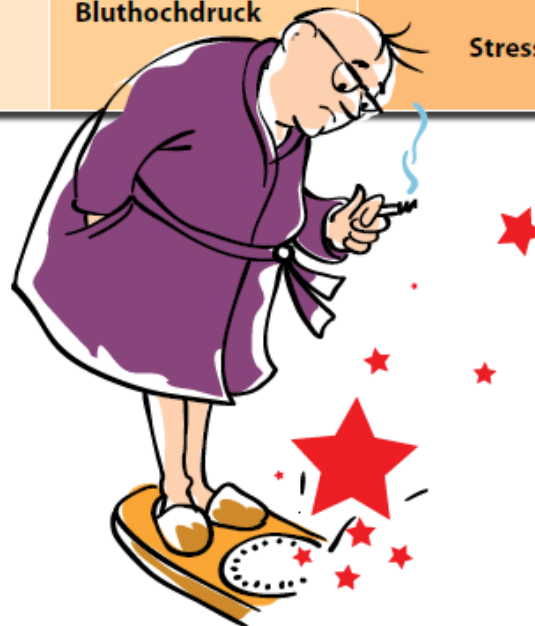
KARDIO-FIT kann Leben retten (?)

Key Messages

- Nach dem Stent Medikamente nicht selbstständig absetzen
- Bei typischem Brustschmerz Notarzt rufen
- Statine nehmen
- (keine Angst vor) Bewegung, Bewegung!

Ursachen und Risikofaktoren der KHK

Nicht beeinflussbare Risikofaktoren	Beeinflussbare Risikofaktoren	Vermeldbare Risikofaktoren
Alter	Diabetes mellitus	Zigaretten rauchen
Männliches Geschlecht	Fettstoffwechselstörungen	Übergewicht
Genetische Belastung	Bluthochdruck	Bewegungsmangel Stress



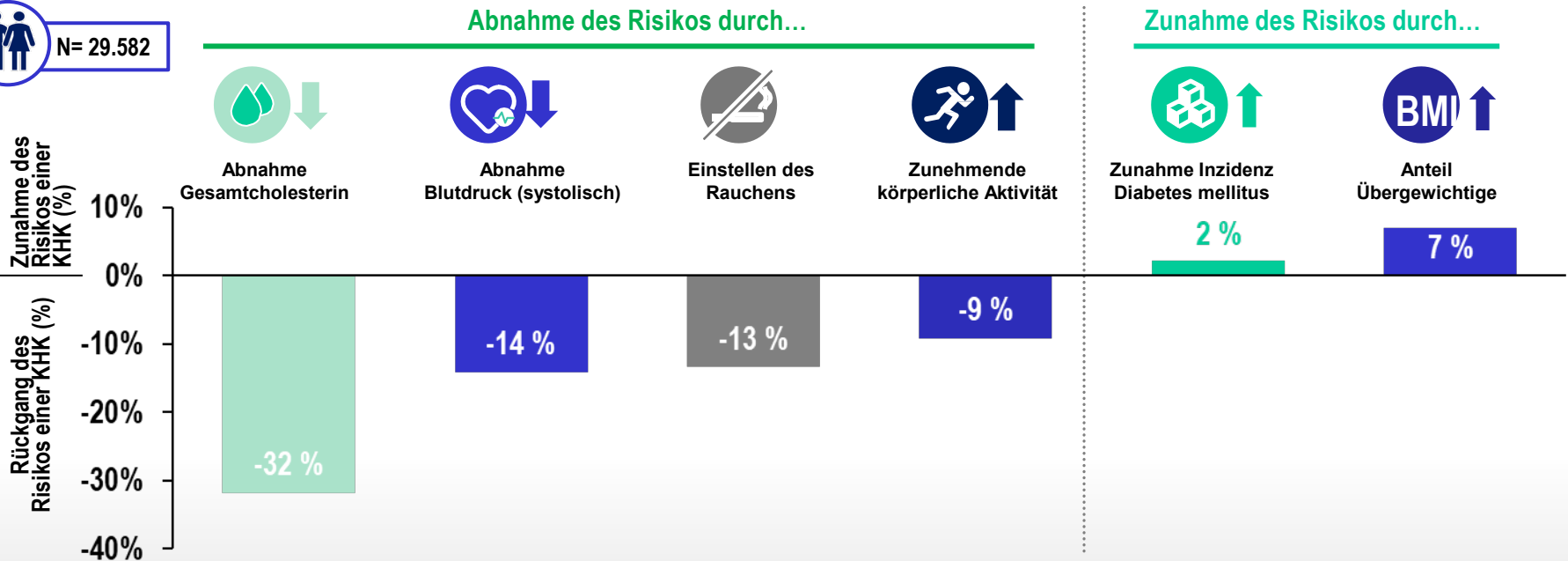
Die Senkung des (LDL-)Cholesterins ist einer der wichtigsten Faktoren zur Reduktion des KHK-Risikos



NE
U



N= 29.582



32% des Rückgangs der KHK-Inzidenz lässt sich auf die Abnahme des Gesamtcholesterins zurückführen.*,¹

* Dargestellt wird eine Auswahl der wichtigsten Faktoren: Die KHK-Inzidenz sank im Zeitraum 1995–2010 in Norwegen um 51 %. KHK, koronare Herzkrankheit; LDL, Low-Density-Lipoprotein / Weitere Faktoren waren Alter, Geschlecht, Gesamtcholesterin, HDL und Angina pectoris. Referenzwerte adjustiert für Alter und Geschlecht.

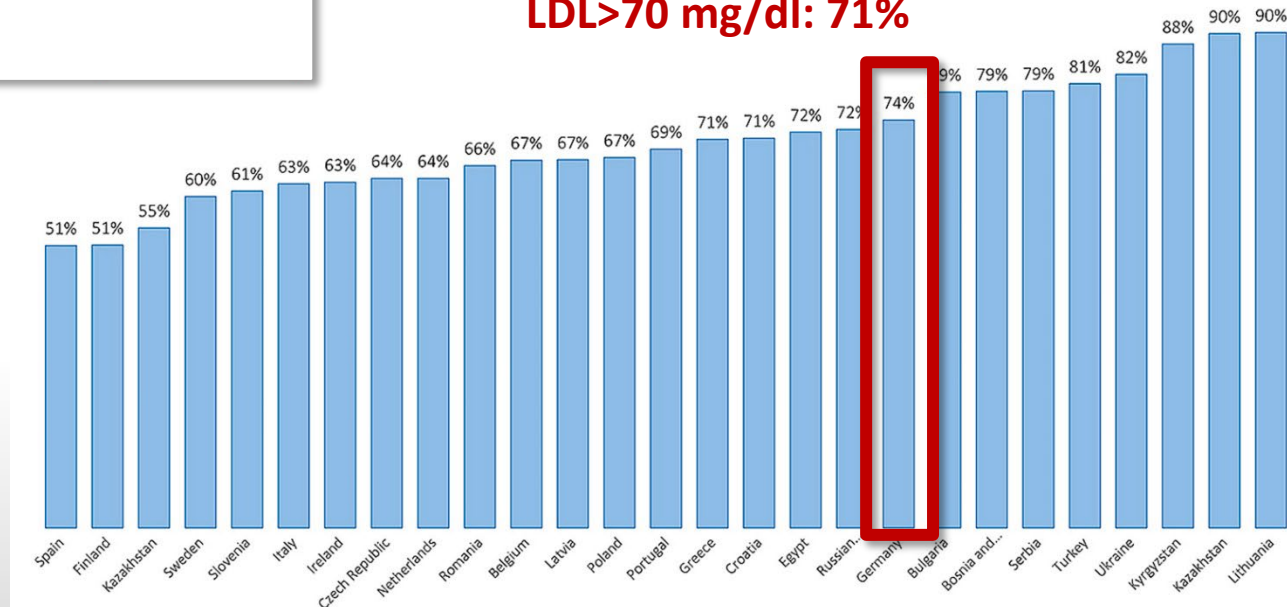
1. Mannsverk J et al. Circulation. 2016; 133: 74-81.

Zielwerterreichung in der EUROASPIRE Studie

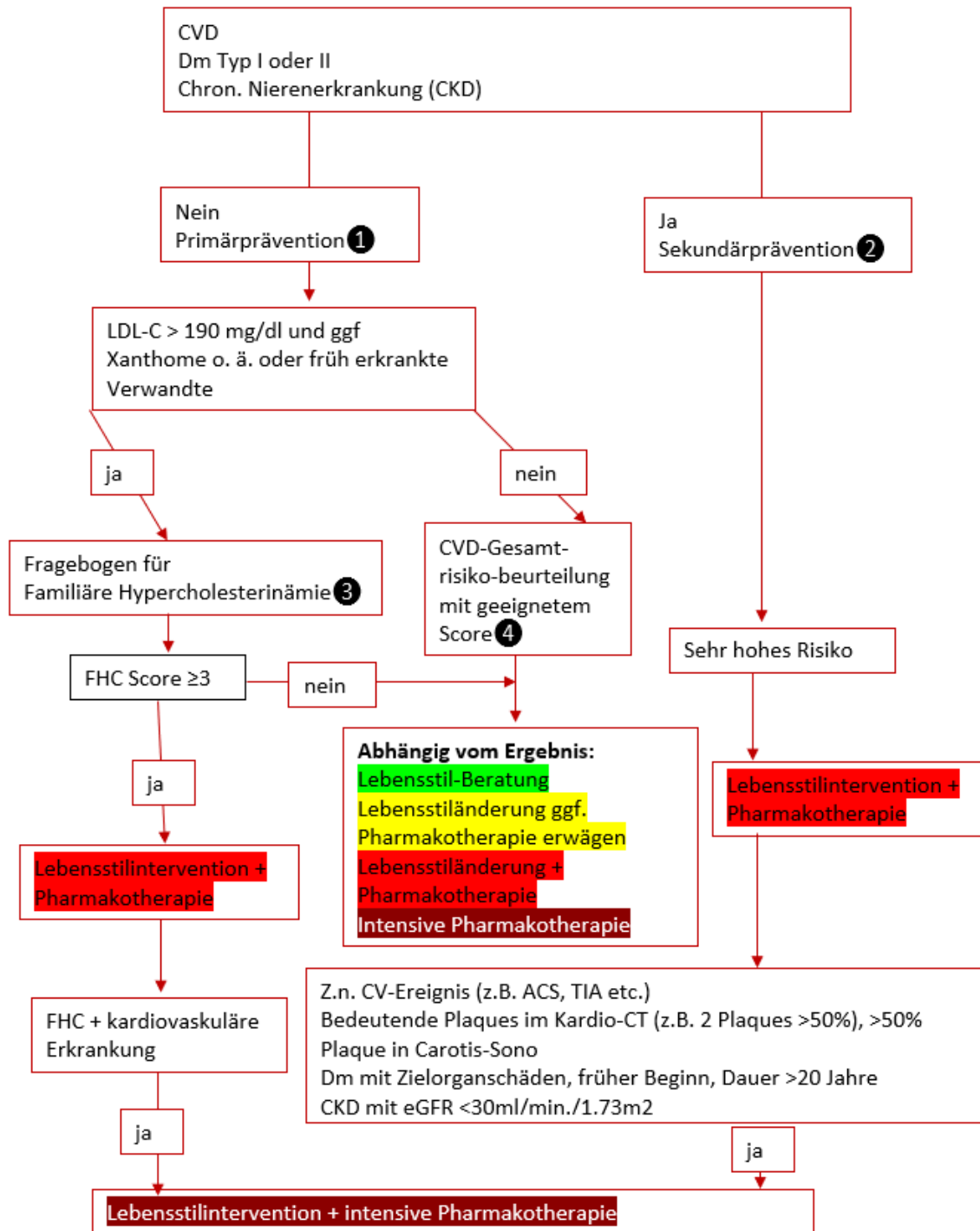
- 6-24 Mo. nach KH-Aufenth. wg. koronaren Ereignisses (PCI, ACVB, ACE)
- 7824 Patienten
- 130 Zentren
- 27 Länder

The EUROASPIRE V Study - LDL-C | 1.8 mmol/L

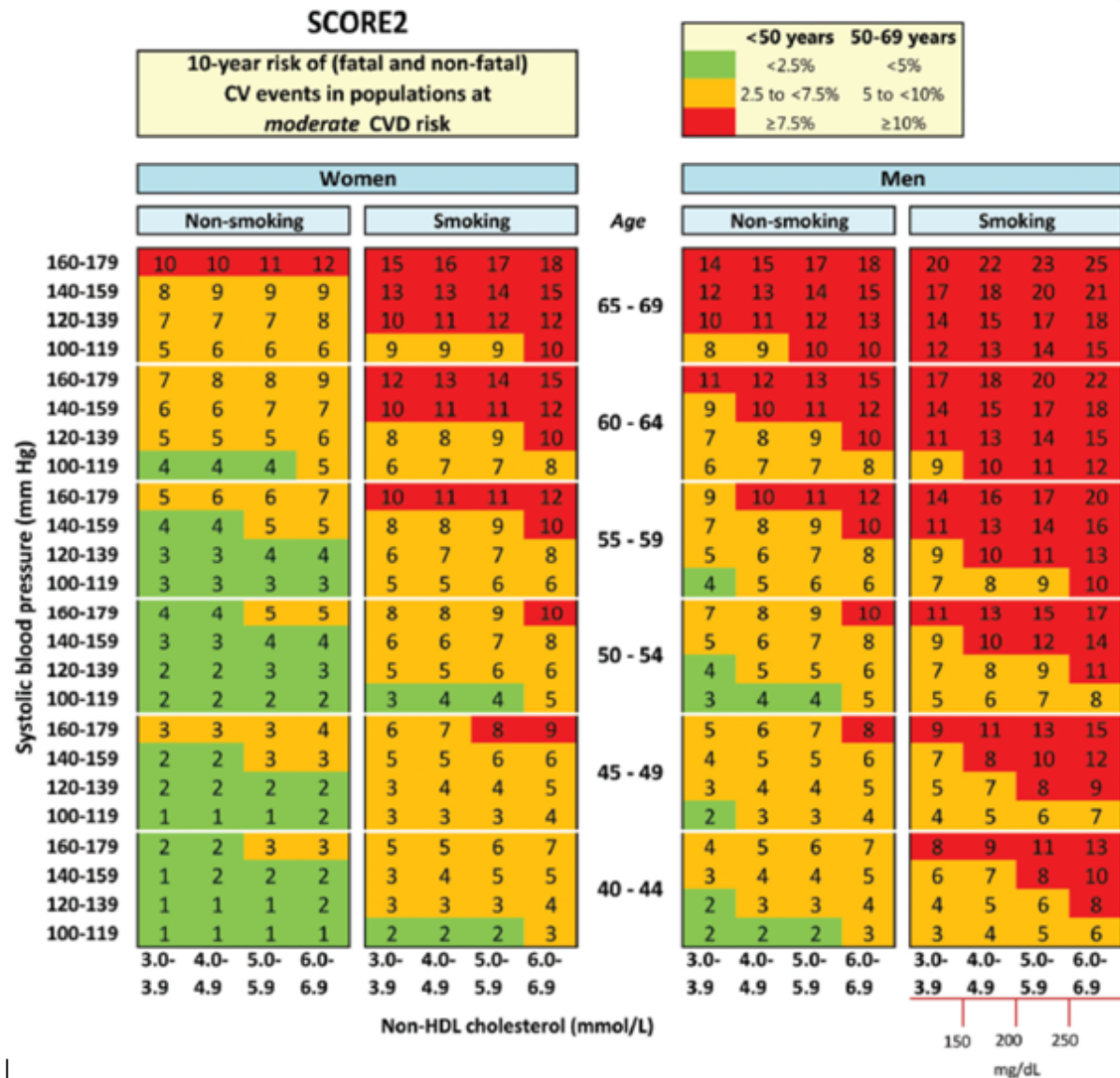
LDL > 70 mg/dl: 71%



Risikobeurteilung



CKJX839A12402-SCORE2-Chart-für-Deutschland für-Patienten-≤69-Jahre



SCORE2 Rechner

Mit den folgenden Angaben berechnen Sie Ihr Risiko für ein Herz-Kreislauf-Ereignis innerhalb der nächsten 10 Jahre nach dem europäischen SCORE2 Score (2021) für Länder mit moderatem Risiko, zu denen Deutschland gehört

Wie alt sind Sie in Jahren ?

Jahre

zulässiger Bereich: 40 bis 89 Jahre

Wie hoch ist das Gesamtcholesterin?

mg/dl

Wie hoch ist das HDL-Cholesterin?

mg/dl

Wie hoch ist der systol. Blutdruck ?

mmHg

zulässiger Bereich: 100 - 180 mmHg

Konsumieren Sie Nikotin ?

 ja nein

Sind Sie männlich ?

 ja nein

non HDL-Cholesterin (noch nicht berechenbar)

zulässiger Bereich: 116 bis 270 mg/dl

Errechnete Punkte: ?

Programmierung: W. Posur 2021-2022

Einheit

mg/dl

mmol/l

verwendeter Punktescore nach: SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration, European Heart Journal (2021) 42, 2439-2454

Risiko anzeigen

2019 ESC/EAS Empfehlungen: Risikokategorien

	LDL-C	Non-HDL-C	Apo B
	Primärer Zielwert	Sekundäre Zielwerte	
<p>Sehr hohes Risiko</p> <p>Nachgewiesene KHK oder andere Atherosklerosemanifestation, Typ 1 oder Typ 2 Diabetes mit Endorganschaden oder ≥ 3 RF, chronische Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min), 10-Jahresrisiko $\geq 10\%$ (SCORE)</p>	<p>< 55 mg/dl und $\geq 50\%$ Absenkung vom Ausgangswert</p>	<85 mg/dl	<65 mg/dl
<p>Hohes Risiko</p> <p>Deutlich erhöhte Risikofaktoren wie bei FH, schwerer Hypertonus oder Diabetes mellitus oder 10-Jahresrisiko $\geq 5\%$ bis <10% (SCORE)</p>	<p><70 mg/dl und $\geq 50\%$ Absenkung vom Ausgangswert</p>	<100 mg/dl	<80 mg/dl
<p>Moderates Risiko</p> <p>Diabetes m. <10J, keine RF/Endorganschaden; 10-Jahresrisiko $\geq 1\%$ bis <5% (SCORE)</p>	<100 mg/dl	<130 mg/dl	Nicht definiert
<p>Geringes Risiko</p> <p>10-Jahresrisiko <1% (SCORE)</p>	<115 mg/dl	<145 mg/dl	Nicht definiert

Empfehlungen zur medikamentöse Therapie einer Hypercholesterinämie gemäß ESC-LL 2019

Empfehlungen	Empf.-Grad	Evidenz-Grad
Statine bis zur höchsten empfohlenen Dosis oder zur höchsten vertragenen Dosis verordnen, um das Therapieziel zu erreichen.	I	A
Wenn die Ziele nicht mit der maximal tolerierten Statindosis erreicht werden, Kombination mit Ezetimibe empfohlen	I	B
Wenn in der Primärprävention das Risiko (ohne FH) als sehr hoch eingeschätzt wird und mit Statinen/Ezetimibe das Ziel nicht erreicht wird kann ein PCSK9-Hemmer erwogen werden		
Wenn in der Sekundärprävention Patienten mit sehr hohem Risiko nicht mit Statinen/Ezetimibe die Therapieziele nicht erreichen, wird ein PCSK9-Hemmer empfohlen	I	A
Für FH-Patienten mit sehr hohem Risiko (zusätzliche CVD oder Hauptrisikofaktoren) die mit Statinen/Ezetimibe die Therapieziele nicht erreichen, wird ein PCSK9-Hemmer empfohlen	I	C
Wenn Statine nicht toleriert werden Ezetimibe sollte erwogen werden	IIa	C
Wenn Statine nicht toleriert werden, sollte zusätzliche zu Ezetimibe die Gabe eines PCSK9-Hemmers erwogen werden	IIb	C

Keine DMP-Empfehlung



Zielwertgerechte Lipidtherapie

Sekundärprävention

Bestimmung des individuellen kardiovaskulären Risikos anhand von Erkrankungen (CVD, Diabetes, CKD)

Gesamtcholesterin, LDL-, HDL-C und Triglyceriden (TG)

Individuellen Zielwert festlegen
LDL < 55 mg/dl / < 70 mg/dl / < 100 mg/dl

- (1) Lebensstil (Ernährung und Bewegung)
- (2) Statin (z. B. Atorvastatin, Rosuvastatin)
- (3) Bei Statinunverträglichkeit oder Kontraindikationen Ezetimib, Bempedoinsäure

LDL-C nach 6 - 12 Wo

Statin-Dosis erhöhen

Kombi mit Ezetimib

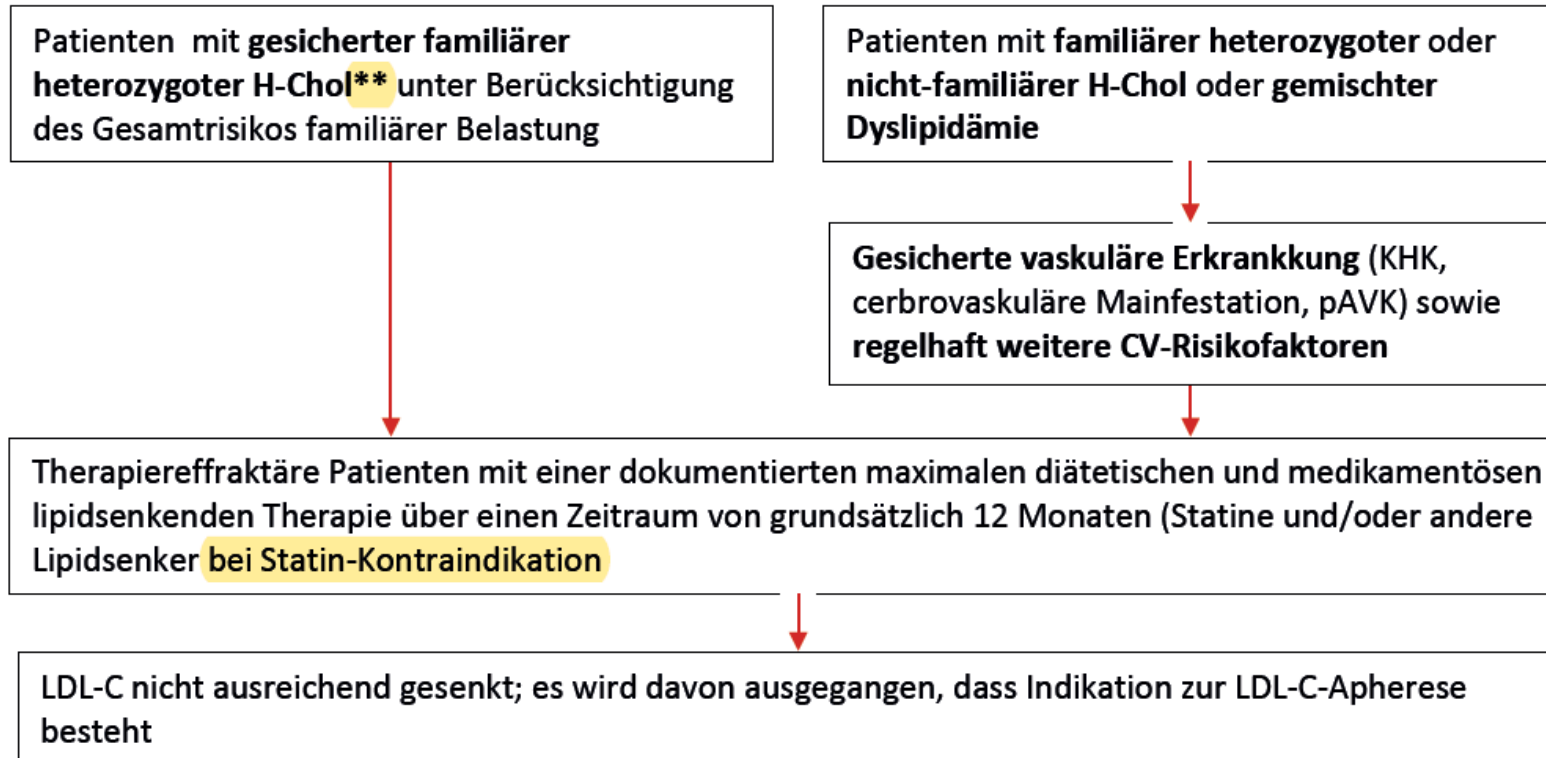
LDL-C nach 12 Wo LDL-C/Non-HDL-C > Ziel

zusätzl. PCSK9-Inh.,
Bempedoinsäure, Inclirisan, Fibrate oder
Anionentauscher
ggf. Lipidapherese

modifiziert nach:
Bundesverband
Niedergelassener Kardiologen
(BNK),
2015:
<http://www.bnk-service.de/images>

PCSK9-Hemmer

Es gelten folgende Kriterien für eine Verordnung von PCSK9-Hemmern zu Lasten der GKV*



Einleitung und Überwachung der Therapie muss erfolgen durch: Fachärzte für Kardiologie, Nephrologie, Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie oder durch Lipidambulanz

Folgeverordnungen können durch hausärztlich tätige Ärzte vorgenommen werden

*Beschluss des G-BA vom 04.08.2016

** Anmerkung GNEF: Gemäß FH-Score Seite 5 müssen >8 Punkte erfüllt sein

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit