DMP Praxisinformation – Änderungen zum 1. Oktober 2026

Aktualisierung DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an das Disease-Management-Programm (DMP) für Patientinnen und Patienten mit KHK aktualisiert. Die Neuregelungen sind zum 1. Oktober 2025 in Kraft getreten und müssen ab 1. Oktober 2026 in den Praxen umgesetzt werden. Die wesentlichen Änderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Was ist neu?

1 Diagnostik – neue Einschreibekriterien

Die KHK-Diagnose für die Einschreibung lässt sich jetzt auch nicht-invasiv sichern: durch direkten Nachweis mittels CT-Koronarangiografie (CCTA).

CCTA neu als nicht-invasive Diagnose Methode

2 Therapeutische Maßnahmen

Ernährung

Die Ernährungsberatung umfasst jetzt auch die Aufklärung über die Risiken von Alkoholkonsum.

Alkohol -Beratung erweitert

Raucherberatung

Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen neben verhaltensmodifizierende Maßnahmen (Kurse) auch geeignete Medikamente zur Raucherentwöhnung angeboten werden, auch wenn sie die Kosten selbst tragen.

Rauchstopp: auch Medikamente anbieten

Körperliche Aktivität

Nach der Erstdiagnose und solange kein selbstständiges Training möglich ist, wird die Herzsportgruppe empfohlen.

Herzsportgruppe

Nur bei hohem kardiovaskulärem Ereignisrisiko (zum Beispiel im ersten Jahr nach überlebtem plötzlichem Herztod mit ICD, NYHA III mit LVEF unter 40 Prozent, rezidivierende ventrikuläre Herzrhythmusstörungen) soll Rehabilitationssport in einer „Herzinsuffizienzgruppe“ empfohlen werden. Die ständige persönliche Anwesenheit der Herzgruppenärztin oder des Herzgruppenarztes ist zwingend. Die Empfehlung gilt nicht mehr für alle Patientinnen und Patienten.

Herzinsuffizienzgruppe Nur bei hohem Risiko Ärztin/Arzt vor Ort

Diabetes mellitus

Bei Typ-2-Diabetes mit unzureichender Kontrolle soll eine Kombinationstherapie aus Metformin plus GLP-1-Rezeptoragonist oder SGLT2-Inhibitor angeboten werden, vorzugsweise Liraglutid, Empagliflozin oder Dapagliflozin.

Metformin + GLP-1/SGLT2 Kombitherapie

Prognoseverbessernde Therapie – Lipidsenker

Statine: Zielwert oder feste Dosis hoch/moderat

Patienten mit chronischer KHK sollen grundsätzlich dauerhaft mit einem Statin behandelt werden. Dabei kann zwischen einer Zielwertstrategie oder festen Statindosis (hoch oder moderat) laut Richtlinie gewählt werden. Evidenzbasierte Patienteninformationen können die Entscheidung unterstützen.

Ezetimib Gabe

Werden die LDL-Zielwerte trotz maximal verträglicher Statindosis nicht erreicht, kann zusätzlich Ezetimib eingesetzt werden.

ACE-Hemmer Keine Postinfarkt-Pauschale

RAAS-Hemmer: Die pauschale Indikation für ACE-Hemmer in der frühen Postinfarktphase (vier bis sechs Wochen) entfällt. Indiziert bleiben sie bei begleitender systolischer Herzinsuffizienz, asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion oder chronischer Nierenkrankheit.

Koronarangiografie

OMT zuerst Bypass-Frage

Eine elektive Koronarangiografie ist insbesondere in folgenden Fällen zu erwägen: wenn die Symptomatik unter optimaler medikamentöser Therapie (OMT) nicht ausreichend behandelbar ist oder wenn sich unter OMT die Frage nach einer Prognoseverbesserung durch eine Bypass-Operation stellt. Die bisherigen Indikationen (unter anderem ACS, CCS III/IV, Hochrisikomerkmale) entfallen.

Beratung Ad-hoc-PCI

Vor jeder elektiven Koronarangiografie ist die Patientin / der Patient über die Möglichkeit inkl. Vor- und Nachteile einer Ad-hoc-PCI sowie zu Vor- und Nachteilen zu beraten.

3 Kooperation der Versorgungssektoren

Herzteam bei komplexen Koronarbefunden

Herzteam Gemeinsame Entscheidung

Bei komplexen Koronarbefunden nach elektiver Koronarangiografie soll vor der weiteren Therapie eine interventionelle kardiologisch und herzchirurgische Expertise (im Sinne eines Herzteams) eingebunden. Die Patientin oder der Patient entscheidet partizipativ mit.

Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Rehabilitation: neuer Anlass Komorbiditäten

Neuer Anlass: Begleiterkrankungen, die das Risiko für einen ungünstigen Verlauf des chronischen Koronarsyndroms erhöhen.

4 Qualitätssicherung / Dokumentation

- **Qualitätsindikator 4b – Statintherapie**
  Als leitliniengerechte Statintherapie gilt jetzt die Strategie der festen Dosis (hoch oder moderat) oder die Zielwertstrategie.

  QS-Indikator Statin

- **Dokumentationsparameter 9b – Aktuelle Therapiestrategie Statin**
  Die Ausprägung heißt jetzt „Strategie der festen Dosis (hoch oder moderat)“.

  Feste Dosis hoch/moderat

- **Dokumentationsparameter 9c – Grund für niedrige Statin-Dosis**
  Ein Grund ist nur noch bei niedriger Statin-Dosis anzugeben, nicht mehr bei moderater Dosis. Die Ausprägung lautet „Kontraindikation gegen hohe oder moderate Dosis“. Laut Fußnote 7 ist 9c nur auszufüllen, wenn in 9a „Niedrig“ angegeben ist.

  Nur noch niedrige Dosis begründen
  Weniger Aufwand

Übersicht Dokumentation-Kontrolluntersuchungen im DMP KHK

Die folgenden Intervallangaben beziehen sich ausschließlich auf Mindestwerte für die Dokumentation und Qualitätszielerreichung. Die Tabelle wird redaktionell nachgereicht.

Untersuchung	Intervall	Dokumentation / Ergebnis / Hinweise
Anamnese, körperlicher Befund, Gewicht, Größe. **Angina-pectoris-Symptomatik, Zeichen der Herzinsuffizienz** (z. B. Dyspnoe, Ödeme)	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder 6 Monate)	Verlaufskontrolle dokumentieren Symptomatik ja/nein angeben; bei Herzinsuffizienz ggf. NYHA-Klasse vermerken.
Blutdruckmessung	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder 6 Monate)	Systolischen und diastolischen Wert in mmHg dokumentieren.
Raucherstatus	**je Dokumentation** **bzw. bei Statusänderung**	Raucher/Nichtraucher/Ex-Raucher angeben; erfolgte Beratung dokumentieren.
LDL-Cholesterin	**mindestens jährlich,** bei Therapieumstellung früher	Wert in mg/dl eintragen; Zielwert nach individuellem Risikoprofil berücksichtigen.
HbA1c (bei Diabetes mellitus als Begleiterkrankung)	**Je Dokumentation bei Insulintherapie, sonst min. halbjährlich**	Nur bei dokumentierter Komorbidität Diabetes mellitus relevant; Wert in
Medikation: THA, Betablocker, ACE-Hemmer/Sartane, Statine	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder 6 Monate)	Verordnung je Substanzgruppe mit ja/nein dokumentieren; bei „nein“ Grund angeben.
Motivation und Überprüfung körperliche Aktivität / Teilnahme an Herzsportgruppe	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder 6 Monate)	Erfolgte Empfehlung sowie Teilnahme dokumentieren.
Überprüfung Schulungsbedarf/-empfehlung und -teilnahme, ggf. Überweisung an schulende Ärztinnen und Ärzte	Sofern noch nicht erfolgt **jährlich** **der bei akutem Bedarf** (Hypertonie, Kardio-Fit, IPM, SPOG)	Empfehlung und tatsächliche Teilnahme separat vermerken.
Überprüfung relevanter Ereignisse: Myokardinfarkt, Krankenhausaufenthalt, Revaskularisation (PCI/Bypass)	**je Dokumentation** mindestens jährliche Abfrage	Art des Ereignisses und Datum dokumentieren.
Nierenfunktion (eGFR)	**Empfehlung: jährlich**	Keine Erfassung in der DMP-Dokumentation erforderlich

Ergänzende Hinweise:

Änderung der Dokumentation: PVS-Update zum 4. Quartal

PVS-Update für Q4/2026

Die Dokumentationssoftware wird zum 1. Oktober 2026 angepasst. Das bedeutet für Praxen:

- Konsultationen von Patientinnen und Patienten, die ab dem 4. Quartal 2026 erfolgen, müssen mit der aktualisierten Software dokumentiert werden.
- Für Patientinnen und Patienten aus dem 3. Quartal muss die derzeit aktuelle bzw. alte Software verwendet werden.

Dokumentationsdaten bestimmen Ihre Zielerreichung:

Zielerreichung 2026: Dokumentationen für 4/2026 um fehlende Angaben prüfen!

Nach den bundesweiten DMP-Qualitätsberichten werden für Nordrhein weiterhin Fälle verzeichnet, deren Dokumentationsdaten die Zielwerte nicht erreichen, bspw. zu folgenden Qualitätszielen:

- ✘ **Regelmäßiges sportliches Training** (Alltagsaktivität, tägliche Bewegungseinheiten , Herzgruppen, sportliches Krafttraining).
- ✘ **Schulungsprogramm wahrnehmen** (Überprüfung des Schulungsbedarfs und Zugang für jede Patientin und Patienten zu schulenden Ärztinnen und Ärzten – Übersicht auf KVNO-Homepage)

Tipp: Bitte überprüfen Sie die für das Jahr 2026 erfolgten Untersuchungen und nehmen die entsprechende Erfassung spätestens mit der Dokumentation im 4. Quartal vor.

Praxis-Feedbackberichte im KVNO-Portal

Ihre praxisindividuellen Ergebnisse finden Sie in den halbjährlichen Feedbackberichten im KVNO-Portal unter dem Register „DMP“.

Dokumentationsintervall bei Bedarf anpassen

Dokumentations-Intervall bei Bedarf anpassbar: vierteljährig oder halbjährlich

Sobald für zwei aufeinanderfolgende Dokumentationsintervalle keine Folgedokumentation vorliegt, muss die Krankenkasse Patientinnen und Patienten ausschreiben. Wenn aufgrund guter Einstellung oder geplanter Abwesenheit eine Wiedervorstellung erst nach zwei Quartalen erforderlich ist, können Sie das Untersuchungsintervall in den übergreifenden Dokumentationsdaten (Teil 1) auf „jedes zweite Quartal“ ändern.

	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal
Patient 1 (3) ✓	●	○	●	●	
Patient 1 (3) ✘	●	○	○	●	
Patient 3 (6) ✘	●		○		○
Patient 4 (6) ✓	●		○		●

✓ DMP-Teilnahme bleibt erhalten
✘ Krankenkasse muss DMP-Teilnahme beenden
● Folgedokumentation erhoben
○ Folgedokumentation fehlt

Übermittlungsfristen beachten

Um Honorarverlust und die Ausschreibung von Patientinnen und Patienten zu vermeiden, halten Sie bitte die folgenden Fristen und Vorgaben dringend ein.

	Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)	Erst- und Folgedokumentationen (ED/FD)
Checkliste zur Vermeidung von Fehlern	✓ Aktuell gültige TE/EWE (ab 1.10.2026 Version 070F – Version 070E noch bis 31.12.2026 gültig) ✓ Teilnahmeberechtigte LANR/BSNR ✓ Keine handschriftlichen Patientendaten (Tipp: TE/EWE direkt aus dem PVS ausdrucken) ✓ Original von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient unterschrieben	✓ Teilnahmeberechtigte LANR/BSNR ✓ Plausiprüfung vorab in PVS durchgeführt ✓ Nach ggf. erforderlichen Korrekturen an die Datenstelle übermitteln ✓ Abgleich mit der Eingangsbestätigung der Datenstelle
Übermittlung an die Datenstelle	Exemplar per Post an die DMP-Datenstelle SPS	Elektronisch via KIM/E-Mail (bevorzugt). Bei fehlendem PVS-Modul: manuelle Eingabe im Portal der Datenstelle.
Frist	Spätestens 10 Tage nach Befunderhebung	Spätestens 10 Tage nach Erstellung der Dokumentation

Damit die DMP-Dokumentationen eines Quartals vergütet werden, müssen diese bis zum Ende des letzten Quartalsmonats vollständig und plausibel bei der DMP-Datenstelle SPS vorliegen. DMP-Praxen sollen daher frühzeitig Teillieferungen elektronisch übermitteln – nur für vollständig vorliegende Dokumentationen ist die Vergütung gesichert.

Eingangsbestätigung der Datenstelle (monatliche Arztinformation)

Die Datenstelle SPS übersendet monatlich per Post einen Kontoauszug über die plausibel eingegangenen Dokumentationen. Grundlage ist der bis zum 5. Tag eines Monats eingegangene Datenbestand. Die alleinige Versandbestätigung sichert nicht, dass die Daten vollständig vorliegen.

Weitere Informationen

- **Alle Informationen zu den DMP-Verträgen**, die Ausfüllanleitung für Dokumentationen sowie detaillierte Vergütungsübersichten finden Sie auf unserer Homepage unter Verträge | KV Nordrhein .
- **Den Beschlusstext und die tragenden Gründe** finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter Servicedokument zur DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 5 (DMP koronare Herzkrankheit (KHK)) und der Anlage 6 (Koronare Herzkrankheit – Dokumentation) - Gemeinsamer Bundesausschuss
- **Bei Fragen zu übersandten Dokumentationen steht Ihnen die DMP-Datenstelle Nordrhein SPS zur Verfügung (Arzthotline: 0951 3093973).**