



Erläuternde Eckpunkte

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-
A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Vom 18. Juni 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	1
2.	Eckpunkte des Beschlusses	1
3.	Bürokratiekostenermittlung	5
4.	Verfahrensablauf.....	5
5.	Fazit.....	6
6.	Literaturverzeichnis.....	6
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	7

1. Rechtsgrundlage

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat.

2. Eckpunkte des Beschlusses

Mit dem vorliegenden Beschluss wird das Beratungsverfahren des G-BA zum Einsatz von strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz auf Grundlage des Berichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 30. September 2024 ohne Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie beendet.

Hintergrund

Mit Beschluss vom 18. April 2024 wurden die Anlagen 13 und 14 der DMP-Anforderungen-Richtlinie zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme, DMP) für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz aktualisiert.

Im Rahmen seiner Beschlussfassung hat der G-BA weiteren Prüf- und Beratungsbedarf zum Einsatz von strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz festgestellt und den Unterausschuss DMP mit der Durchführung eines Beratungsverfahrens beauftragt. Hierbei sollte insbesondere geprüft werden, ob im DMP Herzinsuffizienz über die in Anlage 13 beschlossenen Regelungen hinausgehend für weitere Gruppen von Patientinnen und Patienten ergänzende Maßnahmen im Sinne eines erweiterten Monitorings berücksichtigt werden sollten, insbesondere, wenn Maßnahmen des allgemeinen *Monitorings* (Nummer 1.5.2) nicht ausreichend sind und ein Telemonitoring gemäß den Vorgaben der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVB-RL) nicht in Frage kommt [3].

Vor diesem Hintergrund wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Beschluss vom 15. Mai 2024 beauftragt, auf der Grundlage des o.g. Beschlusses nach Interventionsstudien zu weiteren strukturierten Versorgungskonzepten zu recherchieren und den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu diesen darzustellen und zu bewerten. Hierbei sollten die Evidenzlage in der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz Version 4.0 [2] und die Einschlusskriterien des DMP Herzinsuffizienz gemäß Beschluss vom 18. April 2024 berücksichtigt werden.

Wissenschaftliche Bewertung durch das IQWiG

Der Rapid Report des IQWiG zu strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten vom 30. September 2024 bildet die Grundlage für die gegenständliche Bewertung und den vorliegenden Beschluss[4]. Der Auftrag des IQWiG bestand in einer Evidenzkartierung für die Durchführung strukturierter Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) $\leq 40\%$. Als Vergleichsinterventionen sollten eine Standardversorgung ohne strukturiertes Unterstützungsangebot oder andere Formen strukturierter Unterstützungsangebote herangezogen werden. Betrachtet wurden ausgewählte patientenrelevante Endpunkte aus den Kategorien Mortalität, Morbidität (insbesondere Hospitalisierung), gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie Nebenwirkungen. Für die Informationsbeschaffung wurde nach Studien mit einem Publikationsdatum ab 2016 gesucht.

Insgesamt wurden 8 randomisiert kontrollierte Studien (RCT) in die Evidenzkartierung eingeschlossen. Der einbezogene Studienpool hat Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) $\leq 40\%$ untersucht, die in drei Gruppen unterteilt wurden:

1. Patientinnen und Patienten mit Zustand nach Dekompensation und stationärem Aufenthalt wegen Herzinsuffizienz.
2. Patientinnen und Patienten mit Zustand nach Dekompensation und stationärem Aufenthalt wegen Herzinsuffizienz, die gleichzeitig eine depressive Symptomatik aufwiesen.
3. Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz ohne besondere weitere Bedingungen wie z.B. stationärem Aufenthalt oder Komorbiditäten.

Hinsichtlich der untersuchten Unterstützungsangebote zeigte sich eine große Heterogenität bezüglich des Betreuungsinhalts, des Betreuungsumfangs und der Betreuungsfrequenz [4]. Bei den Prüfinterventionen der Studien handelte es sich überwiegend um pflegegeleitete regelmäßige strukturierte telefonische (in einzelnen Studien zusätzlich auch häusliche)

Betreuungsangebote, die je nach Studie über Zeiträume von 12 Wochen bis hin zu 18 Monaten in unterschiedlicher Frequenz (von maximal 4-mal wöchentlich bis zu Abständen von mehreren Monaten, z. T. bedarfsgesteuert) zusätzlich zu einer Standardversorgung angeboten wurden. Vergleichsintervention war in allen Studien eine „Standardversorgung“, wobei sich die Definition der Standardversorgung in den Studien deutlich unterschied.

E-INH Studie

Statistisch signifikante Effekte gegenüber der Standardversorgung zeigten sich vor allem in der E-INH Studie [1] in Bezug auf die Endpunkte Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität, Gesamt- und kardiovaskuläre Hospitalisierung sowie Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz über lange Zeiträume von 5 bis 10 Jahren. In diese in Deutschland an 9 Studienzentren durchgeführte Studie wurden Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahre) mit Herzinsuffizienz und einer LVEF ≤ 40 % eingeschlossen, die wegen akuter kardialer Dekompensation und klinischen Symptomen hospitalisiert wurden. Die Interventionsgruppe (N= 509) erhielt eine pflegegeleitete, strukturierte telefonische Betreuung zur Nachsorge der Herzinsuffizienz zusätzlich zur Standardversorgung. Die Betreuung beginnt bereits während des stationären Aufenthalts und erfolgt durch speziell kardiologisch qualifizierte Pflegekräfte (H.N.). Die Kontrollgruppe (N= 513) erhielt lediglich die Standardversorgung bestehend aus einem Entlassungsbrief, der Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie sowie einem Arzttermin innerhalb von 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung. Die Interventionsdauer betrug 18 Monate und die Nachbeobachtungsdauer 120 Monate, womit die E-INH Studie die längste Interventions- und Nachbeobachtungsdauer der betrachteten Studien aufweist. Aus diesem Grund und weil die E-INH Studie die einzige in Deutschland durchgeführte Studie ist, nimmt sie nach Aussage des IQWiG eine „Sonderstellung“ in der Evidenzkartierung ein [4].

Weitere Studien

Insgesamt war die Berichtsqualität der 8 in die Evidenzkartierung eingeschlossenen Studien heterogen und teilweise mangelhaft: „Für einzelne Studien lagen beispielsweise neben der Bezeichnung der Studie als randomisiert keine weiteren Informationen zum Vorgehen bei der Randomisierung und zur Verdeckung der Gruppenzuteilung vor. Auch die Beschreibung der eigentlichen Studienintervention im Sinne eines strukturierten Unterstützungsangebots variierte stark und lag zum Teil nur rudimentär vor. [...] In Fällen, in denen patientenberichtete Endpunkte erhoben und Ergebnisse berichtet wurden, waren diese zum Teil nicht verwertbar, da ein zu großer Teil der randomisierten Patientinnen und Patienten nicht in die Auswertung eingingen. Keine der identifizierten Studien hat verwertbare Ergebnisse zu Endpunkten der Kategorie Nebenwirkungen berichtet. [...] In der Gesamtbetrachtung dieser Ergebnisse zeigen sich Tendenzen zugunsten der untersuchten Unterstützungsangebote, wenn auch auf relativ kleinem Effektniveau.“ [4].

Bewertungsergebnis

Im Ergebnis der Überprüfung lässt sich auf Grundlage der derzeit vorliegenden Evidenz keine Aufnahme eines ergänzenden Unterstützungsangebots in das DMP Herzinsuffizienz ableiten. Dieser Einschätzung werden die Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten Studie E-INH zugrunde gelegt, in der sich als einzige verwertbare Studie statistisch signifikante Effekte zugunsten einer engmaschigen telefonischen Betreuung in abnehmender Frequenz abhängig vom NYHA-Status im Sinne eines strukturierten Unterstützungsangebots gegenüber einer Standardversorgung gezeigt haben. Aus den folgenden Gründen ist die E-INH Studie allerdings nicht geeignet, um eine Empfehlung für ein solches ergänzendes Unterstützungsangebot zu rechtfertigen:

Die in der E-INH Studie als Vergleichsintervention festgelegte Standardversorgung (Entlassungsbrief, Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, Arzttermin innerhalb von 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung) entspricht nicht der im DMP

Herzinsuffizienz vorgesehenen Standardversorgung und bleibt hinter dieser zurück. Das DMP enthält mit dem Angebot einer Patientenschulung sowie den an den Leitlinien orientierten Festlegungen zum *Allgemeinen Monitoring* (Nummer 1.5.1) bereits Versorgungselemente, die deutlich über die Vergleichsintervention der Studie hinausgehen. Insofern ist keine Vergleichbarkeit zwischen der Versorgung im DMP Herzinsuffizienz und der in der E-INH Studie gewählten Standardversorgung gegeben. Zudem steht mit dem aktualisierten Beschluss des DMP Herzinsuffizienz für eine definierte Patientengruppe das Angebot des Telemonitorings gemäß MVV-RL zur Verfügung [3]. Hierbei handelt es sich um ein zwischenzeitlich durch den G-BA im Bereich Methodenbewertung geprüfetes Unterstützungsangebot. Dieses richtet sich an Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz im Stadium NYHA-II- oder NYHA-III mit einer Ejektionsfraktion < 40%. Eine wesentliche Gruppe, die für das Telemonitoring gemäß MVV-RL in Frage kommt, sind Patientinnen und Patienten, die im zurückliegenden Jahr wegen kardialer Dekompensation stationär behandelt worden sind. Somit wird durch die Aufnahme der Empfehlung zum Telemonitoring gemäß MVV-RL im Wesentlichen im DMP Herzinsuffizienz die gleiche Population adressiert, wie in der E-INH Studie. Inwieweit der über den Personenkreis des Telemonitorings gemäß MVV-RL hinausgehende Personenkreis (NYHA IV) von einer telefonbasierten Intervention wie in der E-INH-Studie profitiert, lässt sich aus den Ergebnissen der Studie nicht ableiten, da die Ergebnisse der E-INH Studie nicht separat für die Personen mit NYHA IV ausgewiesen werden und der Anteil dieser Personen an der gesamten Studienpopulation unklar ist. Es ist davon auszugehen, dass es zwischen dem untersuchten Unterstützungsangebot und dem im DMP bereits implementierten Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß MVV-RL inhaltlich eine Schnittmenge gibt und es dadurch zu Doppelstrukturen kommen würde. Aus der E-INH Studie lässt sich nicht ableiten, ob ein weiteres (telefonisches) Unterstützungsangebot ergänzend zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß MVV-RL einen zusätzlichen Nutzen hätte. Hinzu kommt, dass unklar bleibt, wie sich ein solches zusätzliches Angebot mit Blick auf die bestehenden Versorgungsangebote (Allgemeines Monitoring, Telemonitoring) konkret in das Versorgungsgeschehen z.B. im Sinne eines gestuften Vorgehens eingliedern ließe, insbesondere da über den Beschluss zum Telemonitoring ein vorgeschaltetes telefonisches Monitoring nicht vorausgesetzt wird.

Aus methodischer Sicht ist das Ausmaß der in der Studie gezeigten statistisch signifikanten Effekte zur Gesamt- und kardiovaskulären Mortalität sowie Gesamt- und kardiovaskulären Hospitalisierung nach 60 oder 120 Monaten anhand der oberen Grenzen der 95 % Konfidenzintervalle (KI) als gering einzustufen. Die oberen Grenzen der 95 % Konfidenzintervall grenzen teilweise sehr nahe an den Nulleffekt. So betrug beispielsweise für den Endpunkt kardiovaskuläre Mortalität das Hazard Ratio (HR) nach 120 Monaten 0,79 [95 % KI: 0,64; 0,99] und für den Endpunkt Gesamthospitalisierung nach 60 Monaten 0,86 [95 % KI 9,74; 0,99]. Lediglich für den explorativ erhobenen, nicht a priori festgelegten, Endpunkt Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz zeigte sich nach 60 Monaten ein etwas größerer Effekt (HR: 0,70 [95 % KI: 0,56; 0,88]). Insgesamt ist nicht davon auszugehen, dass die ohnehin geringen Effekte der E-INH Studie noch statistisch signifikant wären, wenn die Intervention der E-INH Studie mit den im Rahmen von DMP vorgesehenen Versorgungsangeboten der Standardversorgung (inklusive Versorgung durch ein Telemonitoring gemäß MVV-RL) verglichen würde.

Die Anlage 13 (Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz) der DMP Anforderungen-Richtlinie wird in Bezug auf den Einsatz von strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz nicht geändert und das diesbezügliche Beratungsverfahren mit dem vorliegenden Beschluss beendet, da sich eine Anpassung der Anlage 13 mit den derzeit vorliegenden Erkenntnissen nicht begründen lässt.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Am 31. Oktober 2024 begann die Arbeitsgruppe DMP HI mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In zwei Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
18. April 2024	Plenum	Prüfauftrag des Plenums zu strukturierten Unterstützungsangeboten für Herzinsuffizienzpatienten
15. Mai 2024	Unterausschuss DMP	Beauftragung IQWiG: Evidenzrecherche zum Einsatz von strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten
31. Oktober 2024	AG-Sitzung	Beratung zu strukturierten Unterstützungsangeboten für Herzinsuffizienzpatienten
8. November 2024	AG-Sitzung	Beratung zu strukturierten Unterstützungsangeboten für Herzinsuffizienzpatienten
11. Dezember 2024	Unterausschuss DMP	Beratung über Prüfung ggf. bestehenden Anpassungsbedarfs zu strukturierten Unterstützungsangeboten für Herzinsuffizienzpatienten
8. April 2025	Unterausschuss DMP	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens im schriftlichen Beschlussverfahren gemäß § 9 Absatz 2 und 3 in Verbindung mit § 20 Absatz 4 der Geschäftsordnung des G-BA (GO)
7. Mai 2025	AG-Sitzung	Vorbereitende Auswertung der Stellungnahmen
14. Mai 2025	Unterausschuss DMP	Auswertung Stellungnahmen sowie Beschlussempfehlung
18. Juni 2025	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 1**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung/Nicht-Änderung der DMP-A-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 8. April 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 8. April 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 29. April 2025.

Es wurden acht Stellungnahmen fristgerecht eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 3**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 4** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 7. Mai 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 14. Mai 2025 durchgeführt (**Anlage 4**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2025 beschlossen, das in seiner Sitzung vom 18. April 2024 beauftragte Beratungsverfahren zum Einsatz von strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz auf Grundlage des Berichts des IQWiG vom 30. September 2024 ohne Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie zu beenden.

Die Patientenvertretung enthält sich.

6. Literaturverzeichnis

1. **Angermann CE, Sehner S, Faller H, Guder G, Morbach C, Frantz S, et al.** Longer-term effects of remote patient management following hospital discharge after acute systolic heart failure: the randomized E-INH trial. JACC Heart Fail 2023;11(2):191-206.
2. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz; Leitlinienreport, Version 4 [online]. AWMF-Registernummer: nvl-006. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2023. [Zugriff: 18.01.2024]. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/pdf/herzinsuffizienz-vers4-0-llr.pdf>.
3. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz vom 17.12.2020 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2020. [Zugriff: 14.03.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4648/2020-12-17_MVV-RL_Telemonitoring-Herzinsuffizienz_BAnz.pdf.
4. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Strukturierte Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten – Evidenzkartierung; Rapid Report, Projekt Q24-01; Version 1.0 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. [Zugriff: 14.03.2025]. (IQWiG-Berichte; Band 1864). URL: https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf.

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL sowie versandte
Tragende Gründe

Anlage 3: Stellungnahmen

Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem
Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 18. Juni 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Verteiler für das Stellungnahmeverfahren

nach § 137f Abs. 2 Satz 5 sowie Abs. 8 Satz 2 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a SGB V zum
Beschlussentwurf über die **XX. Änderung/Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)**

(Stand: 18. März 2025)

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundeszahnärztekammer
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V.
- Deutscher Heilbäderverband e. V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
- Deutsche Herzstiftung e. V.
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V.
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Verband Physikalische Therapie e. V.
- Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V.
- Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e. V. (BED)
- Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)
- Bundesamt für Soziale Sicherung
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
(mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung an die Mitgliedsgesellschaften)"
- Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)
- Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e. V. (DPhG)
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)
- Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e. V. (EVAA)
- Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD)
- GWG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e. V.
- Studiengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e. V.
- Bundesverband Medizintechnologie e. V.
- Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e. V.
- Bundesinnung der Hörakustiker K.d.Ö.R
- Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V.
- SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik e. V.
- Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V.
- VDPH Verband der Diagnostica-Industrie e. V.
- Pharma Deutschland e.V.
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa)



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die [KBV: XX. Änderung] [GKV-SV: Nicht-Änderung] der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): [KBV: Änderung der] Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Stand: 03.04.2025

Legende:

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Grau hinterlegt: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

KBV

Vom TT. Monat 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2025 beschlossen, die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.06.2014 B3, AT 26.08.2014 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage 13 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 1.5.1 werden die folgenden Nummern 1.5.2 und 1.5.2.1 eingefügt:

„1.5.2 Individualisiertes Management

Patientinnen und Patienten mit besonderen Risikofaktoren gemäß 1.5.2.1 und 1.5.2.2 soll ein individualisiertes Management angeboten werden. Über das anzuwendende individualisierte Management ist in Absprache mit der

GKV-SV

Vom TT. Monat 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2025 beschlossen, das in seiner Sitzung vom 18. April 2024 beauftragte Beratungsverfahren zum Einsatz von strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz auf Grundlage des Berichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vom 30. September 2024 gemäß Anlage ohne Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie zu beenden.

behandelnden Kardiologin oder dem behandelnden Kardiologen und unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz zu entscheiden.

1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport

Patientinnen und Patientensoll als erste Stufe des individualisierten Managements ein strukturierter Telefonsupport angeboten werden, wenn sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Zustand nach Dekompensation/ stationärem Aufenthalt wegen Herzinsuffizienz (alle NYHA-Stadien),
- komplikationsträchtige Komorbidität oder
- progrediente Herzinsuffizienz der Stadien NYHA \geq III.

Der Telefonsupport beinhaltet regelmäßige proaktive Telefonate anhand eines strukturierten und im deutschen Versorgungskontext erprobten Gesprächsprotokolls durch qualifiziertes nicht-ärztliches Fachpersonal.

Wesentliche Inhalte dieses Telefonsupports sind:

- die gemeinsame Erfassung und Beurteilung von Körperwarnsignalen,
- Schulungselemente zum Erlernen von angemessenen Maßnahmen bei Warnsymptomen (zum Beispiel die selbständige Anpassung der Medikation),
- die Motivationsförderung zur konsequenten Einhaltung des vereinbarten Behandlungsplans (zum Beispiel zur Erreichung von Zieldosierungen) und
- die Hilfestellung bei Umsetzungsproblemen.

Abhängig vom Ergebnis der Telefonate werden gegebenenfalls diagnostische oder therapeutische Maßnahmen eingeleitet.

Der Telefonsupport soll im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms angeboten werden. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt werden:

<ul style="list-style-type: none">- Praxis-/einrichtungsbasierter Telefonsupport, der eine Kontinuität der Versorgung gewährleistet,- Festlegung von Anforderungen an die fachliche Qualifikation der nichtärztlichen Fachkräfte,- Gewährleistung der Datensicherheit,- Standardisierte Vorgehensweise und Dokumentation (z. B. Standardgesprächsprotokoll),- Festlegungen zum zeitlichen Umfang und zur kontrollierten Beendigung des Telefonsupports.“ <p>2. Die bisherige Nummer 1.5.2 wird zu 1.5.2.2 und nach der Überschrift der folgende Satz eingefügt:</p> <p>„Wenn die unter 1.5.2.1 beschriebenen Maßnahmen nicht ausreichen oder primär nicht ausreichend erscheinen, gilt Folgendes:“</p> <p>II. Der Beschluss tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals eines Jahres in Kraft, nicht jedoch am ersten Tag des ersten Quartals eines Jahres. Folgt auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger der erste Tag des ersten Quartals eines Jahres, tritt der Beschluss am ersten Tag des zweiten Quartals in Kraft.</p> <p>Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.</p>	
---	--

Berlin, den TT. Monat 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die [KBV: XX. Änderung] [GKV-SV: Nicht-Änderung] der
DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): [KBV: Änderung
der] Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Stand: 03.04.2025

Legende:

Gelb hinterlegt: dissente Positionen

Grau hinterlegt: durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

Hinweis: Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses DMP in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

KBV

Vom TT. Monat 2025

Inhalt

1. **Rechtsgrundlage**..... 1
2. **Eckpunkte der Entscheidung** 2
3. **Bürokratiekostenermittlung** 5
4. **Verfahrensablauf**..... 5
5. **Fazit**..... 7
6. **Literaturverzeichnis** 7
7. **Zusammenfassende Dokumentation** 8

1. **Rechtsgrundlage**

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen

GKV-SV

Eckpunkte der Entscheidung:

Hintergrund

Im Rahmen der Beschlussfassung am 18.04.2024 zur Änderung der Anlagen 13 und 14 der DMP-Anforderungen-Richtlinie zur Aktualisierung der Anforderungen an das DMP Herzinsuffizienz gemäß 6. Kapitel § 4 Absatz 2 Nr. 4 Satz 2 VerFO des G-BA sah es der G-BA als unklar an, ob im DMP Herzinsuffizienz über die bisherigen DMP-Regelungen hinausgehend für weitere Gruppen von Patientinnen und Patienten ergänzende Maßnahmen im Sinne eines erweiterten Monitorings berücksichtigt werden sollten, insbesondere, wenn Maßnahmen des allgemeinen *Monitorings* (Nummer 1.5.2) nicht ausreichend sind und ein Telemonitoring gemäß den Vorgaben der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) nicht in Frage kommt [4]. Vor diesem Hintergrund wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, auf der

<p>Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat.</p>	<p>Grundlage des o.g. Beschlusses nach Interventionsstudien zu weiteren strukturierten Versorgungskonzepten zu recherchieren und den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu diesen darzustellen und zu bewerten. Hierbei sollten die Evidenzlage in der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz Version 4.0 [3] und die Einschlusskriterien des DMP Herzinsuffizienz gemäß Beschluss vom 18. April 2024 berücksichtigt werden.</p>
<p>2. Eckpunkte der Entscheidung</p>	<p>Wissenschaftliche Bewertung durch das IQWiG</p>
<p>Zu Nummer 1.5.2 und Nummer 1.5.2.1</p>	<p>Der Rapid Report des IQWiG zu strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten wurde als Grundlage für die gegenständliche Bewertung herangezogen [5]. Der Auftrag des IQWiG bestand in einer Evidenzkartierung für die Durchführung strukturierter Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) $\leq 40\%$. Als Vergleichsinterventionen sollten eine Standardversorgung ohne strukturiertes Unterstützungsangebot oder andere Formen strukturierter Unterstützungsangebote herangezogen werden. Betrachtet wurden ausgewählte patientenrelevante Endpunkte aus den Kategorien Mortalität, Morbidität (insbesondere Hospitalisierung), gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie Nebenwirkungen. Für die Informationsbeschaffung wurde nach Studien mit einem Publikationsdatum ab 2016 gesucht.</p>
<p>Aussagen der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz</p>	<p>Insgesamt wurden 8 randomisiert kontrollierte Studien (RCT) in die Evidenzkartierung eingeschlossen. Der einbezogene Studienpool hat Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten mit einer linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) $\leq 40\%$ untersucht, die in drei Gruppen unterteilt wurden:</p>
<p>Gemäß Absatz 2 Satz 1 § 137f SGB V haben sich die DMP auf evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen zu stützen. Die NVL Chronische Herzinsuffizienz [2] auf die sich das aktuelle DMP Herzinsuffizienz stützt, empfiehlt mit hohem Empfehlungsgrad (vgl. Empf. 12-14): „Patienten mit einem erhöhten Mortalitäts- oder Hospitalisierungsrisiko (z.B. Zustand nach Dekompensation, komplikationsträchtige Komorbiditäten, Progredienz bei NYHA \geq III) sollen– neben einer verstärkten häuslichen Betreuung durch Hausärzte – eine intensivierete Betreuung erhalten, beispielsweise mit folgenden ergänzenden Komponenten:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patientinnen und Patienten mit Zustand nach Dekompensation und stationärem Aufenthalt wegen Herzinsuffizienz. 2. Patientinnen und Patienten mit Zustand nach Dekompensation und stationärem Aufenthalt wegen Herzinsuffizienz, die gleichzeitig eine depressive Symptomatik aufwiesen. 3. Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz ohne besondere weitere
<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung der Patienten durch spezialisierte Pflegekräfte • strukturierte telefonische Betreuung • Telemonitoring 	
<p>Komplikationsträchtige Komorbiditäten sind gemäß NVL insbesondere Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus und COPD.</p>	
<p>Gemäß NVL sind sowohl die Betreuung der Patientinnen und Patienten durch spezialisierte Fachkräfte als auch die strukturierte telefonische Betreuung häufiger Bestandteil strukturierter, von Krankenkassen umgesetzter</p>	

<p>Versorgungskonzepte bei Herzinsuffizienz in Deutschland wie auch international. Hierbei liegen die Schwerpunkte auf der proaktiven regelmäßigen Kontaktaufnahme mit Verlaufskontrollen, Koordination der Versorgung, Titrierung von Medikamenten und Unterstützung des Selbstmanagements sowie Patientenedukation. Auch sollen drohende Dekompensationen frühzeitig erkannt werden [2]. In der Evidenzdarstellung der NVL Chronische Herzinsuffizienz wurden für beide Arten der Intervention ein Mortalitätsbenefit und signifikante Effekte auf die Hospitalisierungsrate berichtet.</p> <p>Evidenzkartierung des IQWiG</p> <p>Zusätzlich liegt ein Rapid Report des IQWiG [5] zur Evidenzkartierung zu strukturierten Unterstützungsangeboten in Form von Telefonsupport vor, welcher unmittelbar an die NVL-Recherche anknüpft und randomisierte kontrollierte Studien (RCT) ab dem Jahr 2016 berücksichtigt. Im Fazit heißt es: „Statistisch signifikante Effekte zugunsten eines strukturierten Unterstützungsangebots gegenüber einer Standardversorgung zeigten sich vor allem in der größten Studie E-INH [1] für lange Nachbeobachtungszeiträume von 60 bzw. 120 Monaten in den Endpunkten zur Gesamt- bzw. krankheitsspezifischen Mortalität und Hospitalisierung. Diese in Deutschland durchgeführte Studie hatte mit 18 Monaten auch die längste Interventionsdauer.“ Die Metaanalysen zeigen eine signifikante Reduktion der Gesamtmortalität (Hazard Ratio (HR) 0,83) und der kardiovaskulären Mortalität (HR 0,79) nach 120 Monaten. Eine signifikante Reduktion der Gesamthospitalisierung (HR 0,86), Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz (0,70) bzw. kardiovaskuläre Hospitalisierung (0,83) zeigt sich nach 60 Monaten. (Zusätzlich berichten die Autoren der E-INH-Studie über eine signifikante Senkung der Gesamtmortalität bereits nach 60 Monaten, sowie über eine signifikante Senkung der Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz bereits nach 18 Monaten.) Gemäß IQWiG-Bericht ergab sich kein konsistenter Hinweis auf unterschiedliche Effekte in den Teilpopulationen NYHA-Stadium I+II bzw. NYHA-Stadien III+IV.</p> <p>Laut IQWiG-Bericht nimmt die E-INH Studie „im vorliegenden Studienpool eine Sonderstellung ein, da sie zum einen die einzige in Deutschland</p>	<p>Bedingungen wie z.B. stationärem Aufenthalt oder Komorbiditäten.</p> <p>Hinsichtlich der untersuchten Unterstützungsangebote zeigte sich eine große Heterogenität bezüglich des Betreuungsinhalts, des Betreuungsumfangs und der Betreuungsfrequenz [5]. Bei den Prüfinerventionen der Studien handelte es sich überwiegend um pflegegeleitete regelmäßige strukturierte telefonische (in einzelnen Studien zusätzlich auch häusliche) Versorgungsangebote, die je nach Studie über Zeiträume von 12 Wochen bis hin zu 18 Monaten in unterschiedlicher Frequenz (von maximal 4-mal wöchentlich bis zu Abständen von mehreren Monaten, z. T. bedarfsgesteuert) zusätzlich zu einer Standardversorgung angeboten wurden. Vergleichsintervention war in allen Studien eine „Standardversorgung“, wobei sich die Definition der Standardversorgung in den Studien deutlich unterschied.</p> <p>E-INH Studie</p> <p>Statistisch signifikante Effekte gegenüber der Standardversorgung zeigten sich vor allem in der E-INH Studie [1] in Bezug auf die Endpunkte Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität, Gesamt- und kardiovaskuläre Hospitalisierung sowie Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz über lange Zeiträume von 5 bis 10 Jahren. In diese in Deutschland an 9 Studienzentren durchgeführte Studie wurden Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahre) mit Herzinsuffizienz und einer LVEF ≤ 40 % eingeschlossen, die wegen akuter kardialer Dekompensation und klinischen Symptomen hospitalisiert wurden. Die Interventionsgruppe (N= 509) erhielt eine pflegegeleitete, strukturierte telefonische Betreuung zur Nachsorge der Herzinsuffizienz zusätzlich zur Standardversorgung. Die Betreuung beginnt bereits während des stationären Aufenthalts und erfolgt durch speziell kardiologisch qualifizierte Pflegekräfte (H.N.). Die Kontrollgruppe (N= 513) erhielt lediglich die Standardversorgung bestehend aus einem Entlassungsbrief, der Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie sowie einem Arzttermin innerhalb von 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung. Die Interventionsdauer betrug 18 Monate und die Nachbeobachtungsdauer 120 Monate, womit die E-INH Studie die längste Interventions- und</p>
--	---

durchgeführte Studie ist, zum anderen die größte Studie mit ca. 1000 Patienten und außerdem mit 18 Monaten die längste Interventionsdauer und mit 120 Monaten die längste Beobachtungsdauer aufweist.“ Die Beobachtungsdauer der anderen eingeschlossenen Studien beträgt maximal 12 Monate. Die Standardversorgung der E-INH-Studie aus dem deutschen Versorgungskontext liefert zudem eine gute Grundlage für die Beurteilung der Effekte eines zusätzlichen strukturierten Telefonsupports. Das IQWiG kommt bezüglich der Übertragbarkeit zu folgendem Schluss: „Hervorzuheben ist hier wiederum die Studie E-INH, die in 9 Zentren ausschließlich in Deutschland durchgeführt wurde und für die somit von einer Übertragbarkeit auszugehen ist.“ In der Bewertung der Studienqualität im IQWiG-Bericht werden zu den signifikanten Endpunkten keine Hinweise auf hohe Verzerrungspotentiale berichtet, so dass hiermit belastbare Ergebnisse zu Mortalität und Hospitalisierung vorliegen. Untersucht wurden Patientinnen und Patienten mit linksventrikulärer Herzinsuffizienz (Ejektionsfraktion $\leq 40\%$) und Hospitalisierung wegen kardialer Dekompensation aller NYHA-Stadien. Grundlage der Intervention ist ein strukturierter Telefonsupport anhand patientenseitig erhobener Vitalparameter und eines standardisierten Gesprächsprotokolls, welches zusätzlich zur Standardversorgung erfolgt. Schwerpunkte liegen hierbei auf der Beurteilung von Körperwarnsignalen, der Medikation, der Einbringung von Schulungselementen und auf der Versorgungskoordination.

Vor diesem Hintergrund wurden Empfehlungen zum strukturierten Telefonsupport formuliert, die sowohl auf der NVL als auch dem o.g., ergänzenden IQWiG-Bericht basieren. Die Zielpopulation umfasst somit Patientinnen und Patienten nach Dekompensation bzw. stationärem Aufenthalt wegen Herzinsuffizienz, Patientinnen und Patienten mit einer komplikationsträchtigen Komorbidität oder einer progredienten Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium \geq III. Eine generelle Eingrenzung auf bestimmte NYHA-Stadien lässt sich auch aus dem IQWiG-Bericht nicht ableiten.

Des Weiteren werden Empfehlungen zu den Kernelementen und Grundvoraussetzungen formuliert.

Nachbeobachtungsdauer der betrachteten Studien aufweist. Aus diesem Grund und weil die E-INH Studie die einzige in Deutschland durchgeführte Studie ist, nimmt sie nach Aussage des IQWiG eine „Sonderstellung“ in der Evidenzkartierung ein [5].

Weitere Studien

Insgesamt war die Berichtsqualität der 8 in die Evidenzkartierung eingeschlossenen Studien heterogen und teilweise mangelhaft: „Für einzelne Studien lagen beispielsweise neben der Bezeichnung der Studie als randomisiert keine weiteren Informationen zum Vorgehen bei der Randomisierung und zur Verdeckung der Gruppenzuteilung vor. Auch die Beschreibung der eigentlichen Studienintervention im Sinne eines strukturierten Unterstützungsangebots variierte stark und lag zum Teil nur rudimentär vor. [...] In Fällen, in denen patientenberichtete Endpunkte erhoben und Ergebnisse berichtet wurden, waren diese zum Teil nicht verwertbar, da ein zu großer Teil der randomisierten Patientinnen und Patienten nicht in die Auswertung eingingen. Keine der identifizierten Studien hat verwertbare Ergebnisse zu Endpunkten der Kategorie Nebenwirkungen berichtet. [...] In der Gesamtbetrachtung dieser Ergebnisse zeigen sich Tendenzen zugunsten der untersuchten Unterstützungsangebote, wenn auch auf relativ kleinem Effektniveau.“ [5].

Bewertungsergebnis

Im Ergebnis der Überprüfung lässt sich auf Grundlage der derzeit vorliegenden Evidenz keine Aufnahme eines ergänzenden Unterstützungsangebots in das DMP Herzinsuffizienz ableiten. Dieser Einschätzung werden die Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten Studie E-INH zugrunde gelegt, in der sich als einzige verwertbare Studie statistisch signifikante Effekte zugunsten einer engmaschigen telefonischen Betreuung in abnehmender Frequenz abhängig vom NYHA-Status im Sinne eines strukturierten Unterstützungsangebots gegenüber einer Standardversorgung gezeigt haben. Aus den folgenden Gründen ist die E-INH Studie allerdings nicht geeignet, um eine Empfehlung für ein solches ergänzendes Unterstützungsangebot zu rechtfertigen:

Die Qualifikationen der nicht-ärztlichen Fachkräfte sind von den Vertragspartnern festzulegen und haben insbesondere die in den Vertragsregionen etablierten Qualifikationen nicht-ärztlicher Fachkräfte zu berücksichtigen. Zudem ist das jeweils verwendete erprobte Gesprächsprotokoll zu berücksichtigen.

Zu Nummer 1.5.2.2

Die Änderungen ergeben sich aus der Aufnahme des Kapitels zum strukturierten Telefonsupport.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Am T. Monat JJJJ begann die Arbeitsgruppe XY [Kurzform des AG-Namens] mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

[Tabelle ist optional]

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
18. April 2024	Plenum	Prüfauftrag des Plenums zu strukturierten Unterstützungsangeboten für Herzinsuffizienzpatienten
15. Mai 2024	Unterausschuss DMP	Beauftragung IQWiG: Evidenzrecherche zum Einsatz von strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten

Die in der E-INH Studie als Vergleichsintervention festgelegte Standardversorgung (Entlassungsbrief, Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, Arzttermin innerhalb von 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung) entspricht nicht der im DMP Herzinsuffizienz vorgesehenen Standardversorgung und bleibt hinter dieser zurück. Das DMP enthält mit dem Angebot einer Patientenschulung sowie den an den Leitlinien orientierten Festlegungen zum *Allgemeinen Monitoring* (Nummer 1.5.1) bereits Versorgungselemente, die deutlich über die Vergleichsintervention der Studie hinausgehen. Insofern ist keine Vergleichbarkeit zwischen der Versorgung im DMP Herzinsuffizienz und der in der E-INH Studie gewählten Standardversorgung gegeben. Zudem steht mit dem aktualisierten Beschluss des DMP Herzinsuffizienz für eine definierte Patientengruppe das Angebot des Telemonitorings gemäß MVV-RL zur Verfügung [4]. Hierbei handelt es sich um ein zwischenzeitlich durch den G-BA im Bereich Methodenbewertung geprüftes Unterstützungsangebot. Dieses richtet sich an Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz im Stadium NYHA-II- oder NYHA-III mit einer Ejektionsfraktion < 40%. Eine wesentliche Gruppe, die für das Telemonitoring gemäß MVV-RL in Frage kommt, sind Patientinnen und Patienten, die im zurückliegenden Jahr wegen kardialer Dekompensation stationär behandelt worden sind. Somit wird durch die Aufnahme der Empfehlung zum Telemonitoring gemäß MVV-RL im Wesentlichen im DMP Herzinsuffizienz die gleiche Population adressiert, wie in der E-INH Studie. Inwieweit der über den Personenkreis des Telemonitorings gemäß MVV-RL hinausgehende Personenkreis (NYHA IV) von einer telefonbasierten Intervention wie in der E-INH-Studie profitiert, lässt sich aus den Ergebnissen der Studie nicht ableiten, da die Ergebnisse der E-INH Studie nicht separat für die Personen mit NYHA IV ausgewiesen werden und der Anteil dieser Personen an der gesamten Studienpopulation unklar ist. Es ist davon auszugehen, dass es zwischen dem untersuchten Unterstützungsangebot und dem im DMP bereits implementierten Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß MVV-RL inhaltlich eine Schnittmenge gibt und es dadurch zu Doppelstrukturen kommen würde. Aus der E-INH Studie lässt sich nicht ableiten, ob ein weiteres

<p>31. Oktober 2024</p>	<p>AG-Sitzung</p>	<p>Beratung zu strukturierten Unterstützungsangeboten für Herzinsuffizienzpatienten</p>	<p>(telefonisches) Unterstützungsangebot ergänzend zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß MVV-RL einen zusätzlichen Nutzen hätte. Hinzu kommt, dass unklar bleibt, wie sich ein solches zusätzliches Angebot mit Blick auf die bestehenden Versorgungsangebote (Allgemeines Monitoring, Telemonitoring) konkret in das Versorgungsgeschehen z.B. im Sinne eines gestuften Vorgehens eingliedern ließe, insbesondere da über den Beschluss zum Telemonitoring ein vorgeschaltetes telefonisches Monitoring nicht vorausgesetzt wird.</p> <p>Aus methodischer Sicht ist das Ausmaß der in der Studie gezeigten statistisch signifikanten Effekte zur Gesamt- und kardiovaskulären Mortalität sowie Gesamt- und kardiovaskulären Hospitalisierung nach 60 oder 120 Monaten anhand der oberen Grenzen der 95 % Konfidenzintervalle (KI) als gering einzustufen. Die oberen Grenzen der 95 % Konfidenzintervallgrenzen teilweise sehr nahe an den Nulleffekt. So betrug beispielsweise für den Endpunkt kardiovaskuläre Mortalität das Hazard Ratio (HR) nach 120 Monaten 0,79 [95 % KI: 0,64; 0,99] und für den Endpunkt Gesamthospitalisierung nach 60 Monaten 0,86 [95 % KI 9,74; 0,99]. Lediglich für den explorativ erhobenen, nicht a priori festgelegten, Endpunkt Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz zeigte sich nach 60 Monaten ein etwas größerer Effekt (HR: 0,70 [95 % KI: 0,56; 0,88]). Insgesamt ist nicht davon auszugehen, dass die ohnehin geringen Effekte der E-INH Studie noch statistisch signifikant wären, wenn die Intervention der E-INH Studie mit den im Rahmen von DMP vorgesehenen Versorgungsangeboten der Standardversorgung (inklusive Versorgung durch ein Telemonitoring gemäß MVV-RL) verglichen würde.</p> <p>Fazit</p> <p>Die Anlage 13 (Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz) der DMP Anforderungen-Richtlinie wird in Bezug auf den Einsatz von strukturierten Unterstützungsangeboten im Rahmen des Monitorings von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz nicht geändert, da sich eine Anpassung mit den derzeit vorliegenden Erkenntnissen nicht begründen lässt.]</p>
<p>8. November 2024</p>	<p>AG-Sitzung</p>	<p>Beratung zu strukturierten Unterstützungsangeboten für Herzinsuffizienzpatienten</p>	
<p>11. Dezember 2024</p>	<p>Unterausschuss DMP</p>	<p>Beratung über Prüfung ggf. bestehenden Anpassungsbedarfs zu strukturierten Unterstützungsangeboten für Herzinsuffizienzpatienten</p>	
<p>12. März 2025</p>	<p>Unterausschuss DMP</p>	<p>Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens im schriftlichen Verfahren § 9 Abs. 2 und 3 i.V. mit § 20 Abs. 4 der Geschäftsordnung des G-BA (GO)</p>	
<p>T. Monat JJJJ</p>	<p>AG-Sitzung</p>	<p>Vorbereitender Auswertung der Stellungnahmen</p>	
<p>T. Monat JJJJ</p>	<p>AG-Sitzung</p>	<p>Vorbereitender Auswertung der Stellungnahmen</p>	
<p>T. Monat JJJJ</p>	<p>Unterausschuss DMP</p>	<p>Auswertung Stellungnahmen und ggf. Anhörung</p>	
<p>T. Monat JJJJ</p>	<p>Plenum</p>	<p>Beschlussfassung</p>	

(Tabelle Verfahrensablauf)

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und § 137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 1**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der

DMP-A-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Der Unterausschuss DMP hat die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens im schriftlichen Verfahren gem. § 6 20 Abs. 4 i.V. mit § 9 Abs. 2 und 3 der Geschäftsordnung des G-BA (GO) am T. Monat JJJJ beschlossen und das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Es wurden fünf Stellungnahmen fristgerecht, fünf Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie fünf Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2025 beschlossen, die DMP-Anforderungen-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

6. Literaturverzeichnis

[Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 6. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]

<p>7. Zusammenfassende Dokumentation</p> <p>Anlage 1: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen</p> <p>Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL sowie versandte Tragende Gründe</p> <p>Anlage 3: Stellungnahmen</p> <p>Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung</p> <p>Berlin, den TT. Monat 2025</p> <p>Gemeinsamer Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V Der Vorsitzende</p> <p>Prof. Hecken</p>	
---	--

1. **Angermann CE, Sehner S, Faller H, Guder G, Morbach C, Frantz S, et al.** Longer-term effects of remote patient management following hospital discharge after acute systolic heart failure: the randomized E-INH trial. *JACC Heart Fail* 2023;11(2):191-206.
2. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz; Langfassung, Version 4 [online]. AWMF-Registernummer: nvl-006. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2023. [Zugriff: 18.01.2024]. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/pdf/herzinsuffizienz-vers4-0.pdf>.
3. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz; Leitlinienreport, Version 4 [online]. AWMF-Registernummer: nvl-006. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2023. [Zugriff: 18.01.2024]. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/pdf/herzinsuffizienz-vers4-0-llr.pdf>.

4. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz vom 17.12.2020 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2020. [Zugriff: 14.03.2025]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4648/2020-12-17_MVV-RL_Telemonitoring-Herzinsuffizienz_BAnz.pdf.
5. **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).** Strukturierte Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten – Evidenzkartierung; Rapid Report, Projekt Q24-01; Version 1.0 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. [Zugriff: 14.03.2025]. (IQWiG-Berichte; Band 1864). URL: https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die XX. Änderung/Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Datum	08.04.2025
Stellungnahme von	Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte e.V. BDIZ EDI

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Der BDIZ EDI macht zu diesem Thema keine eigenen Vorschläge.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

Von: [APH Bundesverband](#)
An: [Wörz, Markus; dmp@g-ba.de](#)
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Datum: Mittwoch, 9. April 2025 09:58:55
Anlagen: [image001.png](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrter Herr Wörz,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

wunschgemäß bestätigen wir Ihnen den Erhalt Ihrer Email vom 08.04.2025 nebst Anlagen.

Dazu teilen wir Ihnen mit, dass wir mangels verbandlicher Betroffenheit sowie fehlender fachlicher Expertise auf die Übersendung einer Stellungnahme verzichten werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr APH Bundesverband e.V.

Tanja Traue
Sekretariat

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und
Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.
Karlsruher Str. 2 B
30519 Hannover
Tel.: 0511 - 875 98-0
Fax: 0511 - 875 98-13
E-Mail: traue@aph-bundesverband.de
www.aph-bundesverband.de



Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Dienstag, 8. April 2025 13:35

Cc: dmp@g-ba.de

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-548

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: markus.wörz@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [DPhG Office](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Datum: Mittwoch, 9. April 2025 07:29:22
Anlagen: [image001.jpg](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bestätigen den Eingang der Mail nebst Unterlagen. Werden hierzu aber keine Stellungnahme abgeben.

Mit besten Grüßen
Kerstin Tschuck



Kerstin Tschuck
Geschäftsführerin

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V.
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main
Tel.: +49 (0)69 7191 596-14
Fax: +49 (0)69 7191 596-29
Mobil: +49 (0)172 8558238
kerstin.tschuck@dphg.de
www.dphg.de
Eingetragen im Vereinsregister beim
Registergericht Berlin-Charlottenburg,
Nr. 2737 B

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Dienstag, 8. April 2025 13:35
Cc: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-548

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: markus.wörz@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: dr.beatrix.boellhoff@drv-bund.de
An: dmp@g-ba.de
Cc: dr.tanja.trefzer@drv-bund.de; dr.silke.brueggemann@drv-bund.de; susanne.weinbrenner@drv-bund.de
Betreff: WG: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Datum: Mittwoch, 9. April 2025 16:13:54
Anlagen: [Anschreiben_Aufforderung_zur_StN_Anhörung_UA_DMP_HI.pdf](#)
[Anlage_1_BE_HI_2025-04-03.pdf](#)
[Anlage_2_TrGr_2025-04-03.pdf](#)
[Anlage_3_Verteiler_DMP_Stellungnahmeverfahren_DMP_HI.pdf](#)
[Anlage_4_Vorlage-schriftl-Stellungnahme_DMP_HI.docx](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
geehrter Herr Dr. Wörz,
sehr geehrte Damen und Herren,

für die DRV melden wir Fehlanzeige.

Mit freundlichen Grüßen,

Beatrix Böllhoff

Dr. med. Beatrix Böllhoff
Fachärztin für Innere Medizin
Diabetologie
Sozialmedizin

Deutsche Rentenversicherung Bund

Abteilung GQ 0400 Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin
Dezernat 0440 Sozialmedizin und Prävention
Ruhrstr. 2, 10709 Berlin
Tel.: +49 30 865 36711
mobil: +49 171/1753658
dr.beatrix.boellhoff@drv-bund.de
Internet: www.rehainfo-aerzte.de

Von: "dmp@g-ba.de" <dmp@g-ba.de>
An:
Kopie: "dmp@g-ba.de" <dmp@g-ba.de>
Datum: 08.04.2025 13:36
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Gesendet von: "Wörz, Markus" <Markus.Woerz@g-ba.de>

Achtung: Diese E-Mail kommt von einem externen Versender.
Bitte seien Sie äußerst vorsichtig bei Mailanhängen oder
weiterführenden Links.

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um
schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-548
Telefax: +49 30 275838-505
E-Mail: markus.wörz@g-ba.de
Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen
Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um
eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie
ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen
Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is
addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-
mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail
is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [Peters, Stefan](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Datum: Mittwoch, 9. April 2025 13:33:21

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,
in diesem Fall werden wir als Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) keine Eingabe vornehmen.

Mit besten Grüßen
Dr. Stefan Peters

Dr. phil. Stefan Peters

Deutscher Verband für Gesundheitssport
und Sporttherapie (DVGS) e.V.
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth – Efferen
Fon: 0049-(0)162 360 2440
Twitter: [@DVGS_eV](#)
Hauptamtlicher Vorstand: Angelika Baldus
AG Köln – Vereinsregister-Nr.: VR 700896
Sitz Hürth-Efferen

Von: Peters, Stefan
Gesendet: Dienstag, 8. April 2025 15:18
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit bestätige ich seitens des DVGS e. V. den Erhalt der Anlagen.

Viele Grüße
Dr. Stefan Peters

Dr. phil. Stefan Peters

Deutscher Verband für Gesundheitssport
und Sporttherapie (DVGS) e.V.
Vogelsanger Weg 48
50354 Hürth – Efferen

Fon: 0049-(0)162 360 2440
Twitter: @DVGS_eV
Hauptamtlicher Vorstand: Angelika Baldus
AG Köln – Vereinsregister-Nr.: VR 700896
Sitz Hürth-Efferen

Von: dmp@g-ba.de
Datum: 8. April 2025 um 13:40:04 MESZ
Kopie: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-548
Telefax: +49 30 275838-505
E-Mail: markus.wörz@g-ba.de
Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Disease Management
Programme

ausschließlich per E-Mail an:
dmp@g-ba.de

Ihr Kontakt:

Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1521

(bitte immer angeben)

Dok.: 35881/2025

Anlage: -

Bonn, 10.04.2025

DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): (Nicht-) Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum o. g. Beschlussentwurf. Ich sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
IBAN
DE55 3006 0601 0001 0887 69
BIC
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: dmp@g-ba.de

Ihr Schreiben vom
08. April 2025

Durchwahl
-142

Datum
17. April 2025

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V sowie entsprechend § 137f Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beschlussentwurf über eine Änderung / Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Disease-Management-Programme übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung / Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie bezüglich der Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz).

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Von: [SHV-Heilmittelverbände](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Datum: Dienstag, 22. April 2025 13:54:54
Anlagen: [image001.jpg](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zu DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz.

Der SHV - Spitzenverband der Heilmittelverbände verzichtet auf eine Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen
Beatrix Schenk-Behr
SHV – Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.
Deutzer Freiheit 72-74
50679 Köln

Tel. 0221/981027 14
info@shv-heilmittelverbaende.de
www.shv-heilmittelverbaende.de



Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de
Gesendet: Dienstag, 8. April 2025 13:35
Cc: dmp@g-ba.de
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-548

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: markus.wörz@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [J.Gerhardt \(BPtK\)](#)
An: dmp@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Datum: Mittwoch, 23. April 2025 12:44:05

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner, sehr geehrter Herr Wörz,

vielen Dank für Ihre Anfrage vom 8. April 2025. Wir möchten Ihnen mitteilen, dass die BPtK zu o. g. Sachverhalt dieses Mal keine Stellungnahme abgeben wird.

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Judith Gerhardt

--

Judith Gerhardt [sie/ihr; she/her]
Assistentin der Geschäftsführung
Bachelor Professional for the Social Sector and Healthcare (CCI)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-13
Mobil: 0151 70021545
E-Mail: gerhardt@bptk.de
Website: www.bptk.de
Eintrag gemäß LobbyRG: [R001250](#)

--

Bitte beachten Sie: Diese E-Mail kann vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen enthalten. Der Inhalt ist ausschließlich für die bezeichneten Adressat*innen bestimmt. Wenn Sie nicht der*die richtige Adressat*in oder dessen*deren Vertretung sind, setzen Sie sich bitte mit der Absenderin der E-Mail in Verbindung. Jede Form der Veröffentlichung, Vervielfältigung oder Weitergabe des Inhalts fehlgeleiteter E-Mails ist unzulässig.

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Dienstag, 8. April 2025 13:35

Cc: dmp@g-ba.de

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-548

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: markus.wörz@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [Sylvia Kurth](#)
An: [Wörz, Markus; dmp@g-ba.de](#)
Cc: [DVfR Sekretariat](#)
Betreff: DVfR | keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Datum: Donnerstag, 24. April 2025 12:23:39

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung der DVfR am Stellungnahmeverfahren DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz.

Die DVfR wird keine Stellungnahme einreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Sylvia Kurth
Geschäftsführerin

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Maaßstraße 26
69123 Heidelberg
Sekretariat: 06221 / 187 901-0
Direktdurchwahl: 06221 / 187 901-14
E-Mail: s.kurth@dvfr.de
www.dvfr.de | www.reha-recht.de

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> **Im Auftrag von** dmp@g-ba.de

Gesendet: Dienstag, 8. April 2025 13:35

Cc: dmp@g-ba.de

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-548

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: markus.wörz@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [Referatsleitung515](mailto:Referatsleitung515@dmp@g-ba.de)
An: dmp@g-ba.de
Cc: [Moldenhauer, Ute](mailto:Ute.Moldenhauer@g-ba.de); [Treusch, Christine](mailto:Christine.Treusch@g-ba.de); [Erdmann Annika-Linnea](mailto:Annika.Linnea@erdmann.de); [Cremer, Constanze](mailto:Constanze.Cremer@g-ba.de); [Dönges, Katja](mailto:Katja.Doenges@g-ba.de); [Schippel, Anja](mailto:Anja.Schippel@g-ba.de); [Frohn Johanna](mailto:Johanna.Frohn@g-ba.de)
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz
Datum: Montag, 28. April 2025 14:41:59

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.

Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

Sehr geehrte Damen und Herren,

das BAS wird keine Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

Dirk Nolte

Dirk Nolte
Leiter des Referats 515 "Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke - DMP"
Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38
D-53113 Bonn

Tel.: 0228-619-2515

e-mail: Referatsleitung515@bas.bund.de oder Dirk.Nolte@bas.bund.de

web: www.bundesamtsozialesicherung.de

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Wörz, Markus <Markus.Woerz@g-ba.de> Im Auftrag von dmp@g-ba.de

Gesendet: Dienstag, 8. April 2025 13:35

Cc: dmp@g-ba.de

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Aktualisierung DMP Herzinsuffizienz

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Karola Pötter-Kirchner, MPH

Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

i. A. Dr. Markus Wörz

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-548

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: markus.wörz@g-ba.de <<mailto:markus.wörz@g-ba.de>>

Internet: <http://www.g-ba.de> <<http://www.g-ba.de>>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung/Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Datum	28.4.2025
Stellungnahme von	Bitkom

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Digitalisierung von Versorgungsprozessen in DMPs ist dringend notwendig und wir begrüßen daher, dass der G-BA hierzu im März erste Grundlagen beschlossen hat. Wünschenswert wäre, diese Punkte bereits jetzt in DMPs einfließen zu lassen. Dazu gehört für uns auch, dass eine Erweiterung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz durch geeignete digitale Tools erfolgen sollte, nicht nur durch einen rein telefonischen Service.
Die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen und die Einbindung von DiGAs in DMPs unterstützt der Bitkom explizit. Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen kann durch eine Digitalisierung der DMPs grundlegend verbessert werden, u.a. durch vereinfachte digitale Einschreibeprozesse und der Nutzung von TI-Diensten, ePA und Telemedizin für eine verbesserte Kommunikation von an der Versorgung Beteiligter und eine verbesserte Transparenz und Qualität der medizinischen Versorgung. Gerade im Bereich Telemonitoring sehen wir eine gute Möglichkeit, digitale Anwendungen einzubeziehen und weiter zu erproben.
Für die Digitalisierung der DMPs und deren standardisierte Evaluation, bedarf es festgelegter Standards zur Dokumentation und Erfassung der DMPs. Daher fordern wir, einheitliche Pflichtfelder für die Dokumentation zu definieren, die eine standardisierte Erhebung von Befunddaten ermöglichen sowie die Ablage die Dokumentation der DMPs in der ePA.

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über die XX. Änderung/Nicht-Änderung der
DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der
Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)**

Datum	14.4.2025
Stellungnahme von	DEGAM

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Danke für die Möglichkeit der Stellungnahme. Ergänzende Betreuungs- und Überwachungsangebote sind insbesondere für hochbetagte und multimorbide Patientinnen und Patienten sowie sozial benachteiligte Personengruppen wichtig. Diese Gruppen sind häufig nicht in der Lage, die im Rahmen des DMP vorgesehenen Schulungen zu durchlaufen oder deren Inhalte umzusetzen. Sie benötigen vielmehr zusätzliche Unterstützung, die aber nicht unbedingt den Umfang von Telemonitoring erreichen muss bzw. auch dann akzeptiert wird, wenn Telemonitoring nicht gewünscht oder indiziert ist.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
1.5.2 Individualisiertes Management	<p>Stellungnahme mit Begründung: Das Angebot eines individualisierten Managements außerhalb der DMP-Termine ist in der Regel weniger aufwändig und kostengünstiger sowie besser individualisierbar als ein Telemonitoring. Gleichzeitig ist es bei der besonderen Klientel mit Herzinsuffizienz und weiteren komplizierenden Faktoren effizient und erfolgreich, insbesondere, wenn es eng in die Abläufe der hausärztlichen Praxis eingebunden ist^{1 2 3 4}. Dies gilt auch für Interventionen bei Multimorbidität, die Aspekte der Herzinsuffizienz mitberücksichtigen^{5 6}. Durchschnittsalter und Komorbiditäten sind bei Menschen mit Herzinsuffizienz wesentlich höher/ausgeprägter als bei anderen DMPs (Kapitel 2 der NVL chronische Herzinsuffizienz⁷). Die Recherche des IQWiG⁸ ergab hierfür eindeutige Wirksamkeitshinweise, nicht nur für die E-INH-Studie. Fehlende Berichte zu negativen Effekten sind kein Qualitätsmangel- solche sind ausgesprochen unwahrscheinlich bei den durchgeführten Angeboten. Die Einleitung des individualisierten Managements erfolgt durch den koordinierenden Arzt/Ärztin, denn dort sind die Informationen zu besonderen Umsetzungsproblemen und Komorbiditäten primär angesiedelt. Eine gesonderte Expertise durch einen Kardiologen oder eine Kardiologin, der/die nicht koordinierender</p>

¹ Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J; Competence Network Heart Failure. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials*. 2010 May 17;11:56. doi: 10.1186/1745-6215-11-56.

² Olbort R, Mahler C, Campbell S, Reuschenbach B, Müller-Tasch T, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2009 Apr;65(4):799-808. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x. Epub 2009 Feb 9. PMID: 19228240

³ Peters-Klimm F, Olbort R, Campbell S, Mahler C, Miksch A, Baldauf A, Szecsenyi J. Physicians' view of primary care-based case management for patients with heart failure: a qualitative study. *Int J Qual Health Care*. 2009 Oct;21(5):363-71. doi: 10.1093/intqhc/mzp032. Epub 2009 Aug 14. PMID: 19684033; PMCID: PMC2742393.

⁴ Freund T, Baldauf A, Muth C, Gensichen J, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Praxisbasiertes Hausbesuchs- und Telefonmonitoring von Patienten mit Herzinsuffizienz: Rationale, Design und praktische Anwendung der Monitoringslisten in der HICMan-Studie [Practice-based home visit and telephone monitoring of chronic heart failure patients: rationale, design and practical application of monitoring lists in the HICMan trial]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011;105(6):434-45. German. doi: 10.1016/j.zefq.2010.06.027.

⁵ Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach FM, Szecsenyi J. Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med*. 2016 Mar 1;164(5):323-30. doi: 10.7326/M14-2403.

⁶ Senft JD, Freund T, Wensing M, Schwill S, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan) in German healthcare: Outcome of a propensity-score matched cohort study. *Eur J Gen Pract*. 2021 Dec;27(1):228-234. doi: 10.1080/13814788.2021.1962280.

⁷ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-006>

⁸ URL: https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf.

	<p>Arzt/Ärztin ist, ist für diese Indikationsstellung in der Regel nicht erforderlich.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Patientinnen und Patienten mit besonderen Risikofaktoren gemäß 1.5.2.1 und 1.5.2.2 soll ein individualisiertes Management angeboten werden. Über das anzuwendende individualisierte Management ist durch den/die koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes und unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz zu entscheiden.</p>
<p>1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Hier schließen wir uns vollumfänglich dem Textvorschlag der KBV an</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Bitte Übernahme des Textvorschlages der KBV</p>

3. Literaturverzeichnis

Zuordnung siehe Fußnoten. Hier sind die links:

[1] doi: 10.1186/1745-6215-11-56

[2] doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x

[3] doi: 10.1093/intqhc/mzp032.

[4] doi: 10.1016/j.zefq.2010.06.027.

[5] doi: 10.7326/M14-2403.

[6] doi: 10.1080/13814788.2021.1962280.

[7] <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-006>

[8] https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung/Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Datum	28.04.2025
Stellungnahme von	Pharma Deutschland

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Präambel

Unabhängig von dem vorliegenden Änderungsvorschlag ist eine Aktualisierung des Disease-Management-Programms (DMP) Herzinsuffizienz erforderlich, um dem aktuellen Stand von Wissenschaft und medizinischer Versorgung zu entsprechen:

- Patienten¹ mit Ejektionsfraktion $\geq 40\%$ in das DMP Herzinsuffizienz aufnehmen:
 Maßgeblich hierfür ist die Aktualisierung der europäischen Herzinsuffizienz-Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) im Jahr 2021 [1] und deren Ergänzung 2023 [2], die Aktualisierung der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz [3], sowie der auf den ESC-Leitlinien fußende Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) [4]. Hier wurden wesentliche Empfehlungen zu Patienten chronischer Herzinsuffizienz mit geringfügig reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF) und erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) aufgenommen [1, 2, 3, 4], welche mit etwa 50% aller Herzinsuffizienz-Patienten eine ebenso wichtige Patientengruppe darstellen [5], wie Patienten mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFReEF). Gerade Patienten mit HFpEF würden aufgrund der bisherigen Unterversorgung immens von einem DMP profitieren.
- Empfehlungen zur medikamentösen Therapie:
 Aktualisierung entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse (Leitlinien NVL/ESC). Mit den o.g. Ergänzungen zu Patienten mit HFmrEF und HFpEF wurden zudem die medikamentösen Empfehlungen angepasst.
 Diese sehen für HFmrEF-Patienten eine Klasse I-Empfehlung zum Einsatz von Diuretika und natriumabhängiger Glukose-Cotransporter 2-Inhibitoren (SGLT2i) (Dapagliflozin oder Empagliflozin) vor.
 IIb-Empfehlungen wurden zum Einsatz von Angiotensin-Converting-Enzym-Hemmer (ACEi), Angiotensin-II-Rezeptorblockern (ARB), Beta-Blockern (BB), Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA) und Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitoren (ARNi) ausgesprochen [1, 2].
 Für HFpEF-Patienten, die bislang nur wenig therapeutische Optionen zur Verfügung hatten, wurden Klasse I-Empfehlungen zum Einsatz von Diuretika und SGLT2-Inhibitoren (Dapagliflozin oder Empagliflozin) ausgesprochen [1, 2].
 Grundlegend wurden die Leitlinien auch für die HFReEF Patienten aktualisiert und es sollen nun – insbesondere bei Patienten, die bereits wegen Herzinsuffizienz stationär behandelt werden mussten, sowie bei symptomatischen Patienten ohne vorangegangene Hospitalisierung – alle 4 prognoseverbessernden Substanzklassen der Standardtherapie (ACEi/ARNi, SGLT2i, BB, MRA) plus Diuretika möglichst simultan zum Einsatz kommen [3]. Alle Substanzklassen tragen hierfür Klasse I-Empfehlungen [1, 2]. Eine schrittweise Eskalation der Substanzklassen, wie im derzeitigen DMP beschrieben, ist nicht empfohlen.

¹ zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Stellungnahme für Personenbezeichnungen das generische Maskulinum geschlechtsübergreifend verwendet

--

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
1.5.2 Individualisiertes Management	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Vorschlag eines “individualisierten Managements” im Rahmen eines strukturierten Telefonsupports ist sehr zu begrüßen und führt zu einer verbesserten Versorgung. Der Rapid Report des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [6] dazu ist eindeutig, mit dem Verweis auf die Ergebnisse der E-INH Studie [7]. Da mit Aktualisierung der Herzinsuffizienz-Leitlinien die Wichtigkeit attestiert wird, die HFrEF unmittelbar mit allen 4 Substanzklassen der Standardtherapie (ACEi/ARNi, SGLT2i, BB, MRA) plus Diuretika zu initiieren, entsteht insbesondere zu Therapiebeginn ein zusätzlicher Betreuungsaufwand.</p> <p>Ähnliches gilt für die Patienten mit HFmrEF und HFpEF, welchen nun weitere Medikamente als therapeutische Optionen zur Verfügung stehen.</p> <p>Eine in den ESC-Leitlinien referenzierte Netzwerk-Metaanalyse mit 53 randomisierten Studien zur Herzinsuffizienz aus dem Jahr 2017 kam zu dem Schluss, dass sowohl Disease-Management-Programme als auch Hausbesuche durch Pflegekräfte die Gesamtmortalität im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung senkten [8].</p> <p>Durch das Ausräumen von Bedenken (z. B. häufigeres Wasserlassen bei Therapiebeginn), Evaluieren der Lebensqualität/Leistungsfähigkeit, Abfragen zur korrekten Medikamenteneinnahme, sowie dem Beantworten von Rückfragen, kann insbesondere in der vulnerablen (aber für den weiteren Therapieerfolg maßgeblichen) Anfangsphase der leitliniengerechten medikamentösen Versorgung die Adhärenz gesteigert und somit eine Qualitätsverbesserung der Therapie erreicht werden.</p> <p>Der Einsatz von spezialisierten DMP-Programmen durch Heart Failure-Nurses ist ebenfalls in den ESC-Leitlinien empfohlen [1, 2].</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Anforderungen ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da es sich um Patienten in einer schwierigen Situation handelt, sollten die Gespräche durch qualifiziertes Personal durchgeführt werden, die über die notwendige fachliche Qualifikation und über Kenntnisse in psychologischer Gesprächsführung verfügen. <p>Die ESC macht beispielsweise konkrete Vorschläge für ein Curriculum zur Ausbildung von spezialisierten Heart Failure-Nurses [9].</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) und der Bundesverband Niedergelassener</p>

	<p>Kardiologen (BNK) e.V. haben sich der Aufgabe angenommen, Programme für qualifizierte Herzinsuffizienz-Assistenzen zu etablieren [10, 11].</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Einführung eines individualisierten Managements sollte nach fünf Jahren evaluiert werden, um die Ergebnisse zur Verbesserung der Richtlinie im Sinne einer guten Versorgung zu berücksichtigen.
	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M et al. (2021). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 2021; 42(36):3599–726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>, aufgerufen am 22.04.2025.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M et al. (2023). Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 2023; 44(37):3627–3639. doi: 10.1093/eurheartj/ehad195. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>, aufgerufen am 22.04.2025.
3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage. Version 4.0 (2023). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf, aufgerufen am 22.04.2025.
4. Frantz S, Anker S, Bauersachs J et al. (2022). Kommentar zu den Leitlinien (2021) der ESC zur Diagnose und Behandlung akuter und chronischer Herzinsuffizienz. *Kardiologie* 16, 207–212 (2022); doi: 10.1007/s12181-022-00543-7. Verfügbar unter: <https://leitlinien.dgk.org/2022/kommentar-zu-den-leitlinien-2021-der-esc-zur-diagnose-und-behandlung-akuter-und-chronischer-herzinsuffizienz/>, aufgerufen am 22.04.2025.
5. Oktay AA, Rich JD, Shah SJ (2013). The Emerging Epidemic of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Curr Heart Fail Rep* 10, 401–410 (2013). doi: 10.1007/s11897-013-0155-7. Verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078336/>, aufgerufen am 22.04.2025.
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Strukturierte Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten – Evidenzkartierung; Rapid Report, Projekt Q24-01; Version 1.0 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. (IQWiG-Berichte; Band 1864). Doi: 10.60584/Q24-01. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf, aufgerufen am 22.04.2025.
7. Angermann CE, Sehner S, Faller H, Guder G, Morbach C, Frantz S, et al. Longer-term effects of remote patient management following hospital discharge after acute systolic heart failure: the randomized E-INH trial. *JACC Heart Fail* 2023;11(2):191-206. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.10.016>, aufgerufen am 22.04.2025.
8. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C et al. (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail*, 19: 1427-1443. doi: 10.1002/ejhf.765. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1002/ejhf.765>, aufgerufen am 22.04.2025.
9. Riley JP, Astin F, Crespo-Leiro MG, Deaton CM, Kienhorst J, Lambrinou E et al. (2016). Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum. *Eur J Heart Fail*, 18: 736-743. doi: 10.1002/ejhf.568. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1002/ejhf.568>, aufgerufen am 22.04.2025.
10. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK). Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz. [Zugriff am 22.04.2025]: <https://hfu.dgk.org/spezialisierte-herzinsuffizienz-assistenz/>

11. Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) e.V. Ausbildung zur spezialisierten Herzinsuffizienz Assistenz. [Zugriff am 22.04.2025]: <https://www.bnk.de/fortbildung/mfa-akademie.html>



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die XX. Änderung/Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Datum	22.04.2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) AG „Diabetes und Herz“ der DDG Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaferkrankungen e.V. (DGPR)

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) bedankt sich für die Gelegenheit, zum Disease Management Programm (DMP) Herzinsuffizienz (HI) Stellung beziehen zu dürfen. Grundsätzlich begrüßt die DGK, dass ein intensiver Diskurs zu der Notwendigkeit verschiedener Monitoring-Prozesse für HI-Patienten stattfindet.

Die DGK schließt sich der Position der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an und befürwortet die Ergänzung eines Individualisierten Management in der DMP-Richtlinie.

Das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß MVV-Richtlinie des G-BA hat den Nutzen für HI-Patienten hinlänglich bewiesen. Es ist zusätzlich davon auszugehen, dass mit der Messung und dem Monitoring des pulmonalarteriellen Drucks mittels implantierten Sensors zur Therapieoptimierung bei HI zeitnah ein weiteres Verfahren in die Richtlinie des G-BA aufgenommen wird, welches einen positiven Nutzen aufweist. Aufgrund des Einsatzes von kardialen Devices bzw. Messgeräten, sind für diese Methoden mehrjährige Bewertungsverfahren durchgeführt worden.

Bei dem hier vorliegenden Fall zur Ergänzung telemedizinischer Monitoring-Angebote handelt es sich aus Sicht der DGK um eine zu den oben geschilderten Versorgungsmöglichkeiten **komplementäre** Optimierung des Behandlungsprozesses. Ein strukturierter Telefonsupport, durch geschultes medizinisches Assistenzpersonal kann niederschwellig in den Versorgungsalltag integriert werden: es müssen keine Messgeräte vorgehalten/ausgegeben/gewartet werden und somit entfallen auch Diskussionen um Sicherheit oder Eignung von Messgeräten. Gleichzeitig können solche niedrighschwelligen Angebote dazu beitragen, Monitoring-Versorgungsangebote für HI-Patienten generell zu fördern und zu stärken. In Kombination mit neuen, digitalen Schulungsinhalten sieht die DGK zudem das Potenzial das Selbstmanagement von Betroffenen zu stärken.

In diesem Sinne spricht sich die DGK dafür aus, Monitoring-Angebote auf die wie hier vorgesehene Art punktuell zu ergänzen und Telemonitoring als eine Prozessoptimierung zu sehen, die nicht zwangsläufig ein Bewertungsverfahren gem. § 135 SGB V benötigen. An dieser Stelle möchten wir auch auf den Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestags vom 26.02.2025 zu Stand und Perspektiven der Telemedizin verweisen (Drucksache 20/15069).

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die DGK begrüßt die Position der KBV ausdrücklich. Der Report des IQWiG und die vorgesehene Aufnahme weiterer Optionen zur engmaschigen Betreuung dieser Patienten verdeutlicht den Bedarf und den entsprechenden Nutzen.</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Bezüglich der des Verweises des GKV-SV (Anlage 2_TrGr_2025-04-03 unter Bewertungsergebnis, Seite 5):</p> <p>„Es ist davon auszugehen, dass es zwischen dem untersuchten Unterstützungsangebot und dem im DMP bereits implementieren Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß MVV-RL inhaltlich eine Schnittmenge gibt und es dadurch zu Doppelstrukturen kommen würde.“</p> <p>könnte eine entsprechende Einschränkung unter dem folgenden Punkt in Anlage_1_BE_2025-04-03 erfolgen:</p> <p>„Der Telefonsupport soll im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms angeboten werden. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt werden:“</p> <p>An dieser Stelle kann diskutiert werden, ob bei einer bereits etablierten Versorgung durch das Telemonitoring gemäß MVV-RL ein Telefonsupport erfolgen muss. An dieser Stelle muss nochmals betont werden, dass das Rhythmusmonitoring von ICD/CRT Trägern kein Herzinsuffizienzmonitoring darstellt. Für diese Personengruppe kann das Telefonmonitoring additiv angeboten werden. Für Patienten, die mit externen Devices (gemäß der TIM-HF2 Studie) nachgesorgt werden, ist Telefonmonitoring bereits Teil des Konzeptes. Im künftigen DMP-HI werden darüber hinaus jedoch auch weitere Patientengruppen erwartet, die keine Deviceträger sind oder die nicht mit externen Devices versorgt sein wollen: diesen Patientengruppen sollte das Telefonmonitoring angeboten werden, da es eine wichtige Versorgungslücke niederschwellig schließt.</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 29.04.2025

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
Frau Karola Pötter-Kirchner
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung/Nicht-
Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13
(DMP Herzinsuffizienz)**

Ihr Schreiben vom 08.04.2025

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 08.04.2025, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung/Nicht-Änderung der
DMP-A-RL gegeben wird: Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin

vfa-Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Der vfa unterstützt die Aktualisierung des DMP Herzinsuffizienz und die damit verbundenen Bemühungen, die Versorgung von betroffenen Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Unabhängig von den vorliegenden Änderungsvorschlägen empfiehlt der vfa die Berücksichtigung folgender Punkte:

Patientinnen und Patienten mit Ejektionsfraktion $\geq 40\%$ sollten in das DMP Herzinsuffizienz aufgenommen werden. Maßgeblich hierfür ist die Aktualisierung der europäischen Herzinsuffizienz-Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) im Jahr 2021 (1) und deren Ergänzung 2023 (2), die Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz (3), sowie der auf den ESC-Leitlinien fußende Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (4). Hier wurden wesentliche Empfehlungen zu Patientinnen und Patienten chronischer Herzinsuffizienz mit geringfügig reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF) und erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) aufgenommen (1, 2, 3, 4), welche mit etwa 50 % aller Herzinsuffizienz-Patienten eine ebenso wichtige Patientengruppe darstellen (5), wie Patienten mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFrfEF). Gerade Patientinnen und Patienten mit HFpEF können immens von einem DMP profitieren.

1.5.2 Individualisiertes Management

Der Vorschlag eines „individualisierten Managements“ im Rahmen eines strukturierten Telefonsupports ist begrüßenswert und kann zu einer verbesserten Versorgung führen. Der Rapid Report des IQWiG (6) dazu ist eindeutig, mit dem Verweis auf die Ergebnisse der E-INH Studie (7). Insbesondere zu Therapiebeginn kann ein zusätzlicher Betreuungsaufwand bestehen. Ähnliches gilt für die Patienten mit HFmrEF und HFpEF, welchen nun weitere Medikamente als therapeutische Optionen zur Verfügung stehen. Durch das Ausräumen von Bedenken (z. B. häufigeres Wasserlassen bei Therapiebeginn), Evaluieren der Lebensqualität/Leistungsfähigkeit, Abfragen zur korrekten Medikamenteneinnahme, sowie dem Beantworten von Rückfragen, kann insbesondere in der vulnerablen (aber für den weiteren Therapieerfolg maßgeblichen) Anfangsphase der leitliniengerechten medikamentösen Versorgung die Adhärenz gesteigert und somit eine Qualitätsverbesserung der Therapie erreicht werden. Die ESC macht beispielsweise konkrete Vorschläge für ein Curriculum zur Ausbildung von spezialisierten Heart Failure-Nurses (8). Es empfiehlt sich, die Einführung eines individualisierten Managements nach fünf Jahren zu evaluieren, um die Ergebnisse zur Verbesserung der Richtlinie im Sinne einer guten Versorgung zu berücksichtigen.

29.04.2025

Literaturverzeichnis

Seite 2/3

- (1) McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M et al. (2021). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 2021; 42(36):3599–726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>, aufgerufen am 22.04.2025.
- (2) McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M et al. (2023). Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 2023; 44(37): 3627–3639. doi: 10.1093/eurheartj/ehad195. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195>, aufgerufen am 22.04.2025.
- (3) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage. Version 4.0 (2023). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf, aufgerufen am 22.04.2025.
- (4) Frantz S, Anker S, Bauersachs J et al. (2022). Kommentar zu den Leitlinien (2021) der ESC zur Diagnose und Behandlung akuter und chronischer Herzinsuffizienz. *Kardiologie* 16, 207–212 (2022); doi: 10.1007/s12181-022-00543-7. Verfügbar unter: <https://leitlinien.dgk.org/2022/kommentar-zu-den-leitlinien-2021-der-esc-zur-diagnose-und-behandlung-akuter-und-chronischer-herzinsuffizienz/>, aufgerufen am 22.04.2025.
- (5) Oktay AA, Rich JD, Shah SJ (2013). The Emerging Epidemic of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Curr Heart Fail Rep* 10, 401–410 (2013). doi: 10.1007/s11897-013-0155-7. Verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078336/>, aufgerufen am 22.04.2025.
- (6) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Strukturierte Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten – Evidenzkartierung; Rapid Report, Projekt Q24-01; Version 1.0 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. (IQWiG-Berichte; Band 1864). Doi: 10.60584/Q24-01. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung-rapid-report-v1-0.pdf, aufgerufen am 22.04.2025.
- (7) Angermann CE, Sehner S, Faller H, Guder G, Morbach C, Frantz S, et al. Longer-term effects of remote patient management following hospital discharge after acute systolic heart failure: the randomized E-INH trial. *JACC Heart Fail* 2023; 11(2): 191-206. Verfügbar unter:

<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.10.016>, aufgerufen am
22.04.2025.

Seite 3/3

(8) <https://doi.org/10.1002/ejhf.765>, aufgerufen am 22.04.2025.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die XX. Änderung/Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Datum	29.04.2025
Stellungnahme von	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD), Essen

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Stellungnahme allgemein
<p>Gerne nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) die Gelegenheit zur Stellungnahme zum „Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die [KBV: XX. Änderung] [GKV-SV: Nicht-Änderung] der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): [KBV: Änderung der] Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)“ wahr.</p> <p>Zu diesem Dokument, Stand 03.04.2025 [1], und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> – die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“, – die Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz 2023 [3] mit Leitlinienreport [4], – das Rapid Report „Strukturierte Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten – Evidenzkartierung“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2024 [5], – der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz vom 17.12.2020 [6], <p>bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbemerkungen und allgemeinen Anmerkungen:</p>
Vorbemerkungen
<p>Die Verbände der Ernährungstherapie Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) und VDD haben sich vor Abgabe der Stellungnahmen zu den Kernthemen ausgetauscht und sind sich in den Kernaussagen einig.</p>
<p>Wir bitten darum, dass, wenn von nicht-ärztliches Fachpersonal die Rede ist, die qualifizierten Ernährungsfachkräfte inkludiert werden. Mit qualifizierten Ernährungsfachkräften sind Diätassistentinnen und Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen und Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint [7-9].</p>
<p>Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben.</p>
Allgemeine Anmerkungen
<p>Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und vergleichbar qualifizierte Ernährungsfachkräfte können mit der Patientin beziehungsweise mit dem Patienten individuelle (messbare) Ziele zur Ernährungsumstellung feststellen, priorisieren und umsetzen. Diätassistentinnen und Diätassistenten werden mit dem Ausbildungsziel der eigenverantwortlichen Durchführung der Ernährungstherapie explizit für diese Aufgabe ausgebildet [10]. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des</p>

prozessgeleiteten Arbeitens mit dem German-Nutrition Care Prozess (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [7-9].

Es sollte daher beim DMP Herzinsuffizienz im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch bei der individuellen Zielsetzung und Betreuung bezüglich Ernährung. Dies entspräche dem Positionspapier der Arbeitsgruppe Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) [7] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert und in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung, Ernährungstherapie und Ernährungsbildung in Deutschland [8] klar beschrieben ist.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
Anlage 13, 1.5.1, 1.5.2 (neu), 1.5.2.1, 1.5.2.2	<p>Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV nach 1.5.1 Allgemeines Monitoring einen Punkt Individualisiertes Management als 1.5.2 mit dem Unterpunkt 1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport einzufügen und Punkt 1.5.2 Telemonitoring in den Unterpunkt 1.5.2.2 umzubenennen, allerdings mit Ergänzungen im Text. Aus unserer Sicht ist es essenziell, dass unter 1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport die wesentlichen Inhalte des Supports „Schulungselemente zum Erlernen von angemessenen Maßnahmen bei Warnsymptomen“, „die Motivationsförderung zur konsequenten Einhaltung des vereinbarten Behandlungsplans“ und „die Hilfestellung bei Umsetzungsproblemen“ im Bereich der Ernährungstherapie von qualifizierten Ernährungsfachkräften durchgeführt werden, auch im Hinblick auf das häufige Vorliegen von Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz wie Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2, Niereninsuffizienz, Anämien und Depressionen [3].</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Erklärung der KBV in den Tragenden Gründen [2]. Die KBV verweist darin zur NVL chronische Herzinsuffizienz [3, 4] und zu der im Rapid Report des IQWiG [5] genannten prospektiven randomisierten kontrollierten Studie mit Parallelgruppe und Multizentrumdesign von Angermann et al. [11, 12]. Zu Recht weist die KBV auf die NVL-„soll“-Empfehlung 12-14 zu einer intensivierten Betreuung von Patienten mit einem erhöhten Mortalitäts- oder Hospitalisierungsrisiko hin, in der die Komponente „strukturierte telefonische Betreuung“ explizit neben der Komponente „Telemonitoring“ genannt wird [3]. Beide Komponenten werden auch getrennt in Subkapiteln, respektive 12.3.2 und 12.3.3, in der NVL [3] behandelt.</p>

<p>Anlage 13, 1.5.1, 1.5.2 (neu), 1.5.2.1, 1.5.2.2</p>	<p>Strukturierte telefonische Betreuung umfasst im Sinne der NVL und der Studie von Angermann [11, 12] mehr als die in der DMP-A-RL [13] unter Anlage 13, 1.5.2 Telemonitoring genannte „leitliniengerechte Beobachtung durch Telemonitoring mit implantierten oder externen kardialen Messgeräten“, die im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz vom 17.12.2020 [6] beschrieben wird.</p> <p>Angermann et al. stellten durch ihre strukturierte telefonische Betreuung anhand eines standardisierten 19-Item Fragenbogens fest, dass mehr als 80% ihrer ca. 1000 Patientinnen und Patienten Rat fragten für andere Erkrankungen als Herzerkrankungen und dies sogar häufiger als für kardiovaskulären Erkrankungen. Die Beratung wurde für zahlreiche Probleme in Anspruch genommen, die sich auch auf die Lebensqualität auswirken, z. B. Depression und kognitive Beeinträchtigung, Diabetes, Anämie, Nieren- oder Lungenfunktionsstörungen und verschiedene Arten von Schmerzen. Dies zeigt laut Angermann et al. das objektive Bedürfnis dieser Patientengruppe nach umfassenden Versorgungsmodellen, die spezielles Monitoring integrieren, damit die Komplexität des Syndroms „chronische Herzinsuffizienz“ sowie die physischen Probleme von Multimorbidität und Alter adressiert werden [12].</p> <p>In ihrem Rapid Report [5], Seite 67, schreibt das IQWiG zu der Studie von Angermann et al. [11, 12] u. a., dass „sich für die in dieser Studie durchgeführte engmaschige telefonische Betreuung in abnehmender Frequenz abhängig vom New York Heart Association-(NYHA)-Status statistisch signifikante Vorteile in Bezug auf Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität, Gesamt- und kardiovaskuläre Hospitalisierung sowie Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz über lange Zeiträume von 5 bis 10 Jahren zeigten.“</p> <p>Habaybeh et al. publizierten 2021 das erste systematische Review mit Metaanalyse über die Frage, ob individualisierte Ernährungsinterventionen mit dem Ziel die Protein- und Energiezufuhr bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz und (Risiko für) Mangelernährung zu erhöhen, die gesundheitliche Ergebnisse dieser Patientengruppe verbessern können [14]. Sie schreiben, dass in einer der fünf inkludierten Studien (4 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und 1 pilot RCT), nämlich in der spanischen PICNIC-Studie (Nutritional Intervention Program in Hospitalised Patients with Heart Failure who are Malnourished) von Bonilla-Palomas et al. 2016 [15], eine Kombination aus konventioneller Behandlung und personalisierter Ernährungsintervention gegenüber nur konventioneller Behandlung über 6 Monate zu einem signifikanten Rückgang der Gesamtmortalität und Zahl der Wiederaufnahmen ins Krankenhaus während der 12-monatigen Nachbeobachtungszeit führten [14]. Laut einem Review von Esteban-Fernandez, Bonilla-Palomas et al. aus dem Jahr 2023 reduzierte die individualisierte Ernährungsintervention in der PICNIC-Studie das Risiko der Gesamtmortalität um 63% und auch das Risiko für Wiederaufnahme</p>
---	---

<p>Anlage 13, 1.5.1, 1.5.2 (neu), 1.5.2.1, 1.5.2.2</p>	<p>ins Krankenhaus wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz um 63% [16].</p> <p>Kägi-Braun et al. publizierten 2022 ein systematisches Review mit Metaanalyse von RCTs bezüglich der Effekte von ernährungstherapeutischer Betreuung inklusive telefonischer Betreuung bei mangelernährten erwachsenen Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Ergebnisse suggerieren, dass eine fortgesetzte ambulante oder poststationäre Ernährungsbetreuung die Protein- und Energiezufuhr sowie das Körpergewicht signifikant erhöht und das langfristige Überleben verbessert [17].</p> <p>Zwei deutsche praxisbezogene Publikationen von Röfe und Lilienkamp 2023 [18] und Lilienkamp 2023 [19] zur ernährungstherapeutischen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit herzunterstützenden Systemen in der Klinik/Rehabilitation und beim Übergang aus der Klinik nach Hause, welche die Notwendigkeit eines guten Ernährungszustands von und gezielter Ernährungstherapie bei diesen Patientinnen und Patienten unterstreichen, schließen hierbei an.</p> <p>Zudem zeigte eine sekundäre ökonomische Analyse der gesundheitlichen Ergebnissen von Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz der prospektiven, nicht-kommerziellen, multizentrum, randomisierten kontrollierten „Effect of early nutritional therapy on Frailty, Functional Outcomes and Recovery of undernourished medical inpatients Trial“ (EFFORT) durch Schuetz et al. 2022, dass individualisiertes Ernährungsmanagement bei dieser Patientengruppe eine kosteneffektive Intervention ist [20].</p> <p>Die individualisierte Ernährungsintervention umfasste [20]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Screening auf Mangelernährung bei der Aufnahme im Krankenhaus, – Ernährungsassessment durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft bei Patientinnen und Patienten mit (Risiko für) Mangelernährung, – ernährungstherapeutische Betreuung anhand eines individuellen Ernährungs-Behandlungsplans, der mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft vereinbart wurde und – Implementation des Behandlungsplans durch Monitoring der gesundheitlichen Ergebnissen im Krankenhaus und bei Bedarf als Follow-Up nach Entlassung. <p>Bei den Patientinnen und Patienten, welche die unterstützende individualisierte Ernährungsbetreuung erhielten, wurden bessere gesundheitliche Ergebnisse festgestellt als bei der Patientengruppe, die nur die Standard-Krankenhausernährung erhielt. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit hohem Ernährungsrisiko hatten ein signifikant geringeres Risiko für Mortalität und schwere kardiovaskuläre Ereignisse, wenn sie die individualisierte Ernährungsbetreuung erhielten [20, 21]. Schuetz et al. schlussfolgerten, dass die stationäre Ernährungsunterstützung für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz die Lebenserwartung bei einem akzeptablen inkrementellen Kosten-Nutzen-Verhältnis erhöht [20].</p> <p>2024 erschien von de Jorge-Huerta et al. ein beschreibendes Review von Originalarbeiten, Reviews und Metaanalysen bezüglich der Diagnose und</p>
---	--

<p>Anlage 13, 1.5.1, 1.5.2 (neu), 1.5.2.1, 1.5.2.2</p>	<p>Behandlung von Sarkopenie und Mangelernährung bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz [22]. Dieses Review stimmt mit dem Review von Esteban-Fernandez et al. [16] überein, dass die Diagnose von Mangelernährung und ein individualisiertes Ernährungsmanagement eine Schlüsselrolle spielen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz: „The detection and treatment of malnutrition in patients with HF is key, due to its high prevalence and its negative consequences on the prognosis of the disease, including deterioration in quality of life, increased hospitalizations, and increased mortality“ [16] und „During hospitalization and recovery, attention to dietary needs plays a crucial role in improving outcomes and overall wellbeing.“ [22].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Text der KBV im Beschlussentwurf [1] mit Ergänzungen bei 1.5.2.1</p> <p>Strukturierter Telefonsupport:</p> <p>„Der Telefonsupport beinhaltet regelmäßige proaktive Telefonate anhand eines strukturierten und im deutschen Versorgungskontext erprobten <u>Heilmittelbereich-spezifischen Gesprächsprotokolls</u> durch qualifiziertes nicht-ärztliches Fachpersonal <u>wie Pflegefachkräfte, Ernährungsfachkräfte, Fachkräfte der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie</u>. Wesentliche Inhalte dieses Telefonsupports sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – die gemeinsame Erfassung und Beurteilung von Körperwarnsignalen, – Schulungselemente zum Erlernen von angemessenen Maßnahmen bei Warnsymptomen (zum Beispiel die selbständige Anpassung der Medikation <u>(Gesprächsprotokoll Pflege)</u> oder <u>selbständige Maßnahmen bei schneller Sättigung und/oder wenig Esslust (Gesprächsprotokoll Ernährungstherapie)</u>), – die Motivationsförderung zur konsequenten Einhaltung des vereinbarten Behandlungsplans (zum Beispiel zur Erreichung von <u>Zieldosierungen (Gesprächsprotokoll Pflege)</u>, oder zur Erreichung von <u>ausreichenden Trinkmengen und ausreichender Versorgung mit Nährstoffen</u> sowie zur <u>Vermeidung von Mangelernährung/Untergewicht/Sarkopenie oder zu starkem Übergewicht (Gesprächsprotokoll Ernährungstherapie)</u>) und – die Hilfestellung bei Umsetzungsproblemen. <p>Abhängig vom Ergebnis der Telefonate werden gegebenenfalls diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, <u>inklusive (weiteren) ernährungstherapeutischen Maßnahmen</u>, eingeleitet.“</p>
---	---

3. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.

1. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die [KBV: XX. Änderung] [GKV-SV: Nicht-Änderung] der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): [KBV: Änderung der] Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz). Stand: 03.04.2025. Berlin: G-BA, 2025.
2. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die [KBV: XX. Änderung] [GKV-SV: Nicht-Änderung] der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): [KBV: Änderung der] Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz). Stand: 03.04.2025. Berlin: G-BA, 2025.
3. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf
4. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006m_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf
5. https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung-rapid-report-v1-0.pdf
6. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4648/2020-12-17_MVV-RL_Telemonitoring-Herzinsuffizienz_BAnz.pdf
7. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf
8. <https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf>
9. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmit_tel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/aeltere_dokumente/20220131_geaenderte_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf
10. https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/Di%C3%A4tAssG.pdf
11. Angermann CE, Sehner S, Faller H et al. Longer-Term Effects of Remote Patient Management Following Hospital Discharge After Acute Systolic Heart Failure. JACC: Heart Failure 2023; 11(2): 191-206. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213177922006424?via%3Dihub>
12. Angermann CE, Stork S, Gelbrich G et al. Mode of action and effects of standardized collaborative disease management on mortality and morbidity in patients with systolic heart failure: the Interdisciplinary Network for Heart Failure (INH) study. Circ Heart Fail 2012; 5(1): 25-35. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.962969>
13. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3583/DMP-A-RL_2024-04-18_iK-2024-10-01.pdf
14. Habaybeh D, de Moraes MB, Slee A, Avgerinou C. Nutritional interventions for heart failure patients who are malnourished or at risk of malnutrition or cachexia: a systematic review and meta-analysis. Heart Fail Rev 2021;26(5):1103-18. DOI: 10.1007/s10741-020-09937-9. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10741-020-09937-9>
15. Bonilla-Palomas JL, Gamez-Lopez AL, Castillo-Dominguez JC, Moreno-Conde M, Lopez Ibanez MC, Alhambra Exposito R, et al. Nutritional Intervention in Malnourished Hospitalized Patients with Heart Failure. Arch Med Res 2016;47(7):535-40. DOI: 10.1016/j.arcmed.2016.11.005.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893211003824?via%3Dihub>

16. Esteban-Fernandez A, Villar-Taibo R, Alejo M, Arroyo D, Bonilla Palomas JL, Cachero M, et al. Diagnosis and Management of Malnutrition in Patients with Heart Failure. *J Clin Med* 2023;12(9). DOI: 10.3390/jcm12093320. <https://scispace.com/pdf/diagnosis-and-management-of-malnutrition-in-patients-with-3hacz09r.pdf>
17. Kaegi-Braun N, Kilchoer F, Dragusha S, Gressies C, Faessli M, Gomes F, et al. Nutritional support after hospital discharge improves long-term mortality in malnourished adult medical patients: Systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr* 2022;41(11):2431-41. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.09.011. https://www.researchgate.net/publication/363930635_Nutritional_support_after_hospital_discharge_improves_long-term_mortality_in_malnourished_adult_medical_patients_Systematic_review_and_meta-analysis
18. Röfe D, Lilienkamp H. Ernährungstherapie bei PatientInnen mit herzunterstützenden Systemen (VAD). *Ernährungs Umschau* 2023;70(3):M190-M195. PDF mit freundlicher Genehmigung vom Herausgeber angefügt.
19. Lilienkamp H. Ernährungstherapeutische Begleitung von PatientInnen mit Herzunterstützungssystem. Aufgaben und Herausforderungen für Ernährungsfachkraft und PatientIn beim Übergang aus der Klinik nach Hause. *Ernährungs Umschau* 2023;70(3):M196-M197. PDF mit freundlicher Genehmigung vom Herausgeber angefügt.
20. Schuetz P, Sulo S, Walzer S, Krenberger S, Stagna Z, Gomes F, et al. Economic Evaluation of Individualized Nutritional Support for Hospitalized Patients with Chronic Heart Failure. *Nutrients* 2022;14(1703). DOI: 10.3390/nu14091703. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9099480/pdf/nutrients-14-01703.pdf>
21. Hersberger L, Dietz A, Burgler H, Bargetzi A, Bargetzi L, Kagi-Braun N, et al. Individualized Nutritional Support for Hospitalized Patients With Chronic Heart Failure. *J Am Coll Cardiol* 2021;77(18):2307-19. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.03.232. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109721009384?via%3Dihub>
22. de Jorge-Huerta L, Marco-Alacid C, Grande C, Velardo Andres C. A Narrative Review of the Diagnosis and Treatment of Sarcopenia and Malnutrition in Patients with Heart Failure. *Nutrients* 2024;16(16). DOI: 10.3390/nu16162717. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11357594/pdf/nutrients-16-02717.pdf>



Schriftliche Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die XX. Änderung/Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Datum	[29.04.2025]
Stellungnahme von	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Die Digitalisierung von Versorgungsprozessen in DMPs ist dringend notwendig und wir begrüßen daher, dass der G-BA hierzu im März erste Grundlagen beschlossen hat. Wünschenswert wäre, diese Punkte bereits jetzt in DMPs einfließen zu lassen. Dazu gehört für uns auch, dass eine Erweiterung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz durch geeignete digitale Tools erfolgen sollte, nicht nur durch einen rein telefonischen Service.</p> <p>Die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen und die Einbindung von DiGAs in DMPs unterstützt der SVDGV explizit. Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen kann durch eine Digitalisierung der DMPs grundlegend verbessert werden, u.a. durch vereinfachte digitale Einschreibeprozesse und der Nutzung von TI-Diensten, ePA und Telemedizin für eine verbesserte Kommunikation von an der Versorgung Beteiligter und eine verbesserte Transparenz und Qualität der medizinischen Versorgung. Gerade im Bereich Telemonitoring sehen wir eine gute Möglichkeit, digitale Anwendungen einzubeziehen und weiter zu erproben.</p> <p>Für die Digitalisierung der DMPs und deren standardisierte Evaluation, bedarf es festgelegter Standards zur Dokumentation und Erfassung der DMPs. Daher fordern wir, einheitliche Pflichtfelder für die Dokumentation zu definieren, die eine standardisierte Erhebung von Befunddaten ermöglichen sowie die Ablage der Dokumentation der DMPs in der ePA.</p>
<p>Bezüglich der zur Stellungnahme gestellten Ergänzung (1.5.2.1 strukturierter Telefonsupport) sollte aus Sicht des SVDGV sichergestellt sein, dass beide Maßnahmen (Telefonsupport und Telemonitoring) keine sich gegenseitig ausschließenden Alternativen darstellen, sondern im Rahmen eines individualisierten Versorgungskonzepts ineinandergreifen. Die Indikationsstellung für das Telemonitoring darf nicht verzögert werden, wenn bereits primär eine datengestützte digitale Überwachung notwendig erscheint.</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.



Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlusssentwurf über die XX. Änderung/Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Datum	29.04.2025
Stellungnahme von	Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED), Aachen

Hinweise:

- Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.
- Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>1. In seiner Stellungnahme konzentriert sich der VFED vorwiegend auf diejenigen Aspekte, die den Bereich „Ernährung“ bzw. die Belange von Leistungserbringern im Bereich „Ernährungstherapie“ in Bezug auf Beschlüsse über Anforderungen an das DMP „Herzinsuffizienz“ betreffen.</p>
<p>2. Unter dem in unserer Stellungnahme erwähnten Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ verstehen wir Diätassistent:innen, oder vergleichbar qualifizierte und in wesentlichen Merkmalen vergleichbar tätige Oecotropholog:innen oder Ernährungswissenschaftler:innen bzw. Absolvent:innen inhaltlich vergleichbarer Studiengänge [1,2,3].</p>
<p>3. Die maßgeblichen Verbände der Ernährungstherapie [Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) und VFED] haben sich vor Abgabe der Stellungnahmen zu den Kernthemen ausgetauscht und sind sich darin einig, dass qualifizierte Ernährungsfachkräfte – insbesondere Diätassistentinnen und Diätassistenten – im DMP Herzinsuffizienz stärker eingebunden werden sollten.</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>Hinweis: Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>
zu den dissidenten Positionen	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>GKV-SV <i>„ohne Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie“</i></p> <p>Begründung: Der VFED spricht sich für die GKV-SV-Position, also für den Erhalt der bestehenden Regelung ohne Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie aus.</p> <p>Zwar begrüßen wir grundsätzlich Maßnahmen zur intensiveren Patientenbetreuung im Sinne eines individualisierten Managements für Patient:innen mit besonderen Risikofaktoren, sehen jedoch im aktuellen Vorschlag der KBV, dass die Festlegung von Anforderungen an die fachliche Qualifikation der nichtärztlichen Fachkräfte bislang nicht erfolgt ist. Aus unserer Sicht ist es essenziell, dass Aufgaben wie z. B. die „Motivationsförderung zur konsequenten Einhaltung des vereinbarten Behandlungsplans“, insbesondere im Bereich der Ernährungstherapie, von qualifizierten Ernährungsfachkräften übernommen werden.</p> <p>Angesichts des im Vorschlag beschriebenen breiten Beratungsspektrums des Telefonsupports erscheint es jedoch fraglich, ob eine differenzierte und indikationsspezifische Einbindung verschiedener Fachprofessionen im Rahmen eines strukturierten Telefonsupports in der Praxis tatsächlich sichergestellt werden kann. Eine pauschale Umsetzung könnte daher zu einer fachlich nicht adäquaten Betreuung in spezifischen Bereichen führen.</p> <p>So werden zum Beispiel im Rapid Report Q24-01 des IQWiG vom 30.9.2024 Prüfinerventionen charakterisiert, wie zum Beispiel „Bereitstellung von Informationen bzw. Schulungen über krankheitsbedingte Symptome, der Wirkungsweise von HI-Medikamenten, körperlicher Aktivität, Ernährung und Strategien zur Alltagsbewältigung“ oder „Schulungsmaterialien und Beratung im Hinblick auf Ursachen der Erkrankung, Krankheitssymptome, Gründe für die Behandlung, Raucherentwöhnung, Bewegung, Ruhe, Ernährung, Reisen, Impfungen als auch psychosozialer Auswirkungen welche sich durch die Erkrankung ergeben“ [4].</p>

	<p>Wir sprechen uns daher dafür aus, die derzeitige Struktur beizubehalten und die Möglichkeit ergänzender Maßnahmen wie eines strukturierten Telefonsupports erst nach Klärung der offenen Qualitätsfragen und unter Berücksichtigung der spezifischen Expertise der beteiligten Gesundheitsberufe zu prüfen.</p> <p>Allerdings leiden ein großer Teil der Patient:innen mit einer Herzinsuffizienz zusätzlich unter komplikationsträchtigen Komorbiditäten, wie Diabetes mellitus Typ 2 oder chronischer Niereninsuffizienz [5]. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, den Versorgungsaspekt der Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte bei einer zukünftigen Überarbeitung des DMP Herzinsuffizienz noch gezielter zu berücksichtigen.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>-</p>

Hinweis: Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.

3. Literaturverzeichnis (Abruf der Quellen am 22.4.2025)

1. Rahmenvereinbarung zur Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland, in der Fassung vom 01.02.2024, S. 7.
<https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf>
2. DGE Zulassungskriterien bzw. DGE Zulassungsempfehlungen.
<https://www.dge.de/qualifizierung/zulassungskriterien/> sowie https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2025/02_25/EU02_2025_M92_M96_cc.pdf
3. OFD Frankfurt, Verfügung v. 27.7.2012, S 7170 A - 59 - St 112.
<https://datenbank.nwb.de/Dokument/444010/>
4. IQWiG, Rapid Report Q24-01, S. 32, S. 39. [Q24-01 - Strukturierte Unterstützungsangebote für Herzinsuffizienzpatienten \(Evidenzkartierung\) - Rapid Report - Version 1.0](#)
5. IQWiG, Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Herzinsuffizienz (Stand 28.12.2021), S. 144.
[V20-05 - DMP Herzinsuffizienz - Abschlussbericht - Version 1.1](#)

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Inhalt

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

II. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)	8. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e. V. (DPhG)	9. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e. V.	9. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)	9. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	9. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V.	9. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	10. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	17. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	22. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Pharma Deutschland e. V.	28. April 2025	Stellungnahme
Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V.	28. April 2025	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)	28. April 2025	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS)	28. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) AG „Diabetes und Herz“ der DDG Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V. (DGPR)	29. April 2025	Stellungnahme
Bundesärztekammer (BÄK)	29. April 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (vfa)	29. April 2025	Stellungnahme
Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)	29. April 2025	Stellungnahme
Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV)	29. April 2025	Stellungnahme
Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED)	29. April 2025	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 7. Mai 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 14. Mai 2025 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
1.	Pharma Deutschland e. V.		
1.1	Pharma Deutschland e. V. vom 28. April 2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Präambel</p> <p>Unabhängig von dem vorliegenden Änderungsvorschlag ist eine Aktualisierung des Disease-Management-Programms (DMP) Herzinsuffizienz erforderlich, um dem aktuellen Stand von Wissenschaft und medizinischer Versorgung zu entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten¹ mit Ejektionsfraktion $\geq 40\%$ in das DMP Herzinsuffizienz aufnehmen: <p>Maßgeblich hierfür ist die Aktualisierung der europäischen Herzinsuffizienz-Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) im Jahr 2021 [0] und deren Ergänzung</p>	<p>KBV, GKV-SV: Kenntnisnahme. Dieser Teil der Stellungnahme bezieht sich auf Inhalte, die im April 2024 beschlossen wurden und nicht Bestandteil des aktuellen Stellungnahmeverfahrens sind.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

		<p>2023 [2], die Aktualisierung der Nationalen Versorgungs-Leitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz [3], sowie der auf den ESC-Leitlinien fußende Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) [4]. Hier wurden wesentliche Empfehlungen zu Patienten chronischer Herzinsuffizienz mit geringfügig reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF) und erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) aufgenommen [0, 2, 3, 4], welche mit etwa 50% aller Herzinsuffizienz-Patienten eine ebenso wichtige Patientengruppe darstellen [5], wie Patienten mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFrEF). Gerade Patienten mit HFpEF würden aufgrund der bisherigen Unterversorgung immens von einem DMP profitieren.</p> <ul style="list-style-type: none">• Empfehlungen zur medikamentösen Therapie: Aktualisierung entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse (Leitlinien NVL/ESC). Mit den o.g. Ergänzungen zu Patienten mit HFmrEF und HFpEF wurden zudem die medikamentösen Empfehlungen angepasst. Diese sehen für HFmrEF-Patienten eine Klasse I-Empfehlung zum Einsatz von Diuretika und natriumabhängiger Glukose-Cotransporter 2-Inhibitoren (SGLT2i) (Dapagliflozin oder Empagliflozin) vor. IIb-Empfehlungen wurden zum Einsatz von Angiotensin-Converting-Enzym-Hemmer (ACEi), Angiotensin-II-Rezeptorblockern (ARB), Beta-Blockern (BB), Mineralokortikoid-	
--	--	--	--

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Rezeptorantagonisten (MRA) und Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitoren (ARNi) ausgesprochen [0, 2].</p> <p>Für HFpEF-Patienten, die bislang nur wenig therapeutische Optionen zur Verfügung hatten, wurden Klasse I-Empfehlungen zum Einsatz von Diuretika und SGLT2-Inhibitoren (Dapagliflozin oder Empagliflozin) ausgesprochen [0, 2].</p> <p>Grundlegend wurden die Leitlinien auch für die HFrEF Patienten aktualisiert und es sollen nun – insbesondere bei Patienten, die bereits wegen Herzinsuffizienz stationär behandelt werden mussten, sowie bei symptomatischen Patienten ohne vorangegangene Hospitalisierung – alle 4 prognoseverbessernden Substanzklassen der Standardtherapie (ACEi/ARNi, SGLT2i, BB, MRA) plus Diuretika möglichst simultan zum Einsatz kommen [3]. Alle Substanzklassen tragen hierfür Klasse I-Empfehlungen [0, 2]. Eine schrittweise Eskalation der Substanzklassen, wie im derzeitigen DMP beschrieben, ist nicht empfohlen.</p> <p>¹ zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Stellungnahme für Personenbezeichnungen das generische Maskulinum geschlechtsübergreifend verwendet</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
1.2	Pharma Deutschland e. V. vom 28. April 2025	<p>1.5.2 Individualisiertes Management</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Vorschlag eines "individualisierten Managements" im Rahmen eines strukturierten Telefonsupports ist sehr zu begrüßen und führt zu einer verbesserten Versorgung. Der Rapid Report des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) [6] dazu ist eindeutig, mit dem Verweis auf die Ergebnisse der E-INH Studie [7]. Da mit Aktualisierung der Herzinsuffizienz-Leitlinien die Wichtigkeit attestiert wird, die HFrefEF unmittelbar mit allen 4 Substanzklassen der Standardtherapie (ACEi/ARNi, SGLT2i, BB, MRA) plus Diuretika zu initiieren, entsteht insbesondere zu Therapiebeginn ein zusätzlicher Betreuungsaufwand.</p> <p>Ähnliches gilt für die Patienten mit HFmrEF und HFpEF, welchen nun weitere Medikamente als therapeutische Optionen zur Verfügung stehen.</p> <p>Eine in den ESC-Leitlinien referenzierte Netzwerk-Metaanalyse mit 53 randomisierten Studien zur Herzinsuffizienz aus dem Jahr 2017 kam zu dem Schluss, dass sowohl Disease-</p>	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt, da in der Formulierung bereits auf in Deutschland erprobte Gesprächsprotokolle abgestellt wird. Zudem sind, wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, die Qualifikationen der nicht-ärztlichen Fachkräfte von den Vertragspartnern festzulegen und haben insbesondere die in den Vertragsregionen etablierten Qualifikationen nicht-ärztlicher Fachkräfte zu berücksichtigen. Das jeweils verwendete erprobte Gesprächsprotokoll ist dabei zu berücksichtigen.</p> <p>GKV-SV: Der Einschätzung, dass ein individualisiertes Management im Rahmen eines strukturierten Telefonsupports zu einer verbesserten Versorgung führt, kann nicht gefolgt werden. Die Ergebnisse des Rapid Reports konnten nicht zeigen, dass sich für die adressierten Patientengruppen spürbare Verbesserungen ergeben. Aus den Ergebnissen der E-INH Studie, als einzige Studie mit statistisch signifikanten Effekten, lässt sich kein zusätzliches Angebot eines strukturierten Telefonsupports oder eines anderen individualisierten Managements ableiten. Die Gründe hierfür werden ausführlich in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf dargestellt und umfassen insbesondere die folgenden Aspekte:</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Management-Programme als auch Hausbesuche durch Pflegekräfte die Gesamtmortalität im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung senkten [8].</p> <p>Durch das Ausräumen von Bedenken (z. B. häufigeres Wasserlassen bei Therapiebeginn), Evaluieren der Lebensqualität/Leistungsfähigkeit, Abfragen zur korrekten Medikamenteneinnahme, sowie dem Beantworten von Rückfragen, kann insbesondere in der vulnerablen (aber für den weiteren Therapieerfolg maßgeblichen) Anfangsphase der leitliniengerechten medikamentösen Versorgung die Adhärenz gesteigert und somit eine Qualitätsverbesserung der Therapie erreicht werden.</p> <p>Der Einsatz von spezialisierten DMP-Programmen durch Heart Failure-Nurses ist ebenfalls in den ESC-Leitlinien empfohlen [0, 2].</p> <p>Änderungsvorschlag: Anforderungen ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da es sich um Patienten in einer schwierigen Situation handelt, sollten die Gespräche durch qualifiziertes Perso- 	<ul style="list-style-type: none"> • Abweichen der Vergleichsintervention von der aktuellen Herzinsuffizienztherapie im Rahmen einer DMP Versorgung gemäß DMP-A-RL: <u>Vergleichsintervention der Studie:</u> Entlassungsbrief, Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, Arzttermin 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung <u>DMP:</u> <u>zusätzlich</u> allgemeines Monitoring, Telemonitoring, Patientenschulung) • Daher fraglich, ob das ohnehin geringe Ausmaß der gezeigten Effekte überhaupt zu erreichen wäre. • Unklarheit über die Eingliederung eines erweiterten Angebots in die bestehende Versorgungsstruktur

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>nal durchgeführt werden, die über die notwendige fachliche Qualifikation und über Kenntnisse in psychologischer Gesprächsführung verfügen.</p> <p>Die ESC macht beispielsweise konkrete Vorschläge für ein Curriculum zur Ausbildung von spezialisierten Heart Failure-Nurses [9].</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) und der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) e.V. haben sich der Aufgabe angenommen, Programme für qualifizierte Herzinsuffizienz-Assistenzen zu etablieren [10, 11].</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Einführung eines individualisierten Managements sollte nach fünf Jahren evaluiert werden, um die Ergebnisse zur Verbesserung der Richtlinie im Sinne einer guten Versorgung zu berücksichtigen. 	
1.3	Pharma Deutschland e. V. vom 28. April 2025	<p>Literaturverzeichnis</p> <ol style="list-style-type: none"> McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M et al. (2021). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 2021; 42(36):3599–726. 	<p>GKV-SV, KBV: Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M et al. (2023). Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 2023; 44(37):3627–3639. doi: 10.1093/eurheartj/ehad195. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage. Version 4.0 (2023). Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_s3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>4. Frantz S, Anker S, Bauersachs J et al. (2022). Kommentar</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>zu den Leitlinien (2021) der ESC zur Diagnose und Behandlung akuter und chronischer Herzinsuffizienz. Kardiologie 16, 207–212 (2022); doi: 10.1007/s12181-022-00543-7. Verfügbar unter: https://leitlinien.dgk.org/2022/kommentar-zu-den-leitlinien-2021-der-esc-zur-diagnose-und-behandlung-akuter-und-chronischer-herzinsuffizienz/, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>5. Oktay AA, Rich JD, Shah SJ (2013). The Emerging Epidemic of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. Curr Heart Fail Rep 10, 401–410 (2013). doi: 10.1007/s11897-013-0155-7. Verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078336/, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Strukturierte Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten – Evidenzkartierung; Rapid Report, Projekt Q24-01; Version 1.0 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2024. (IQWiG-Berichte; Band 1864). Doi: 10.60584/Q24-01. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/q24-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>01 strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>7. Angermann CE, Sehner S, Faller H, Guder G, Morbach C, Frantz S, et al. Longer-term effects of remote patient management following hospital discharge after acute systolic heart failure: the randomized E-INH trial. JACC Heart Fail 2023;11(2):191-206. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.10.016, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>8. Van Spall HGC, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C et al. (2017). Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. Eur J Heart Fail, 19: 1427-1443. doi: 10.1002/ejhf.765. Verfügbar unter https://doi.org/10.1002/ejhf.765, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>9. Riley JP, Astin F, Crespo-Leiro MG, Deaton CM, Kienhorst J, Lambrinou E et al. (2016). Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>curriculum. Eur J Heart Fail, 18: 736-743. doi: 10.1002/ejhf.568. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1002/ejhf.568, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>10. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK). Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz. [Zugriff am 22.04.2025]: https://hfu.dgk.org/spezialisierte-herzinsuffizienz-assistenz/</p> <p>11. Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) e.V. Ausbildung zur spezialisierten Herzinsuffizienz Assistenz. [Zugriff am 22.04.2025]: https://www.bnk.de/fortbildung/mfa-akademie.html</p>	
2.	Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V.		
2.1	Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Die Digitalisierung von Versorgungsprozessen in DMPs ist dringend notwendig und wir begrüßen daher, dass der G-BA</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Stellungnahme bezieht sich nicht auf den Gegenstand des aktuellen Beschlussentwurfs.</p> <p>Daneben ist festzustellen, dass sich die im März durch den</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
	Medien e. V. vom 28. April 2025	<p>hierzu im März erste Grundlagen beschlossen hat. Wünschenswert wäre, diese Punkte bereits jetzt in DMPs einfließen zu lassen. Dazu gehört für uns auch, dass eine Erweiterung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz durch geeignete digitale Tools erfolgen sollte, nicht nur durch einen rein telefonischen Service.</p> <p>Die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen und die Einbindung von DiGAs in DMPs unterstützt der Bitkom explizit. Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen kann durch eine Digitalisierung der DMPs grundlegend verbessert werden, u.a. durch vereinfachte digitale Einschreibeprozesse und der Nutzung von TI-Diensten, ePA und Telemedizin für eine verbesserte Kommunikation von an der Versorgung Beteiligter und eine verbesserte Transparenz und Qualität der medizinischen Versorgung. Gerade im Bereich Telemonitoring sehen wir eine gute Möglichkeit, digitale Anwendungen einzubeziehen und weiter zu erproben.</p> <p>Für die Digitalisierung der DMPs und deren standardisierte Evaluation, bedarf es festgelegter Standards zur Dokumentation und Erfassung der DMPs. Daher fordern wir, einheitliche</p>	<p>G-BA beschlossene Änderung der DMP-A-RL zu den digitalen DMP (dDMP), wie gesetzlich vorgesehen, auf die DMP Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 bezieht und nicht auf das DMP Herzinsuffizienz (DMP HI).</p> <p>Im Rahmen der Aktualisierung des DMP HI (Beschluss vom 18.04.2024) hat der G-BA umfassend die Eignung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) geprüft). Bei dieser Prüfung konnten keine geeignete DimAs identifiziert werden, auch nicht solche, die der Unterstützung des Telemonitorings dienen.</p> <p>Der G-BA wird im Rahmen seiner regelmäßigen Aktualisierung weiterhin prüfen, ob es für das DMP HI geeignete DimAs gibt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Pflichtfelder für die Dokumentation zu definieren, die eine standardisierte Erhebung von Befunddaten ermöglichen sowie die Ablage die Dokumentation der DMPs in der ePA.</p>	<p>GKV-SV, KBV: Gemäß § 355 Abs. 4b SGB V liegt es nicht im Aufgabenbereich des G-BA, diese Festlegungen zu treffen. Bundeseinheitliche Pflichtdokumentationsfelder sind Bestandteil jedes DMP.</p>
3.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)		
3.1	<p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 28. April 2025</p>	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Danke für die Möglichkeit der Stellungnahme. Ergänzende Betreuungs- und Überwachungsangebote sind insbesondere für hochbetagte und multimorbide Patientinnen und Patienten sowie sozial benachteiligte Personengruppen wichtig. Diese Gruppen sind häufig nicht in der Lage, die im Rahmen des DMP vorgesehenen Schulungen zu durchlaufen oder deren Inhalte umzusetzen. Sie benötigen vielmehr zusätzliche Unterstützung, die aber nicht unbedingt den Umfang von Telemonitoring erreichen muss bzw. auch dann akzeptiert wird, wenn Telemonitoring nicht gewünscht oder indiziert ist.</p>	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Ergänzende Betreuungs- und Überwachungsangebote für Patientinnen und Patienten können in einem DMP Berücksichtigung finden, wenn für eine definierte Gruppe von Patientinnen und Patienten (z.B. hochbetagte und multimorbide Patientinnen und Patienten) der Nachweis erbracht wurde, dass diese von einem konkreten Versorgungsangebot im Sinne eines erweiterten Monitorings profitieren. Die Identifizierung konkreter Maßnahmen für klar umschriebene Patientengruppen entspricht eben dem Prüfauftrag des G-BA vom 18.04.2024. Aus dem Ergebnis dieser Prüfung auf Basis des Rapid Reports lässt sich eine Aufnahme eines weiteren</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			Versorgungsangebots allerdings nicht begründen.
3.2	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 28. April 2025	<p>1.5.2 Individualisiertes Management</p> <p>Stellungnahme mit Begründung: Das Angebot eines individualisierten Managements außerhalb der DMP-Termine ist in der Regel weniger aufwändig und kotengünstiger sowie besser individualisierbar als ein Telemonitoring. Gleichzeitig ist es bei der besonderen Klientel mit Herzinsuffizienz und weiteren komplizierenden Faktoren effizient und erfolgreich, insbesondere, wenn es eng in die Abläufe der hausärztlichen Praxis eingebunden ist ^{1 2 3 4} Dies gilt auch für Interventionen bei Multimorbidität, die Aspekte der Herzinsuffizienz mitberücksichtigen ^{5 6} Durchschnittsalter und Komorbiditäten sind bei Menschen mit Herzinsuffizienz wesentlich höher/ausgeprägter als bei anderen DMPs (Kapitel 2 der NVL chronische Herzinsuffizienz ⁷). Die Recherche des IQWiG ⁸ ergab hierfür eindeutige Wirksamkeitshinweise, nicht nur für die E-INH-Studie. Fehlende Berichte zu negativen Effekten sind kein Qualitätsmangel- solche sind ausgesprochen unwahrscheinlich bei den durchgeführten Angeboten. Die Einleitung des</p>	<p>KBV: Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Da im Regelfall Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz kardiologisch mitbetreut werden erscheint es notwendig, das jeweils angezeigte Monitoring mit dem Kardiologen/ der Kardiologin abzustimmen.</p> <p>GKV-SV: Aus den Ergebnissen der E-INH Studie, als einzige Studie mit statistisch signifikanten Effekten, lässt sich kein zusätzliches Angebot eines individualisierten Managements einschließlich eines strukturierten Telefonsupports ableiten. Die Gründe hierfür werden ausführlich in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf dargestellt und umfassen insbesondere die folgenden Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abweichen der Vergleichsintervention von der aktuellen Herzinsuffizienztherapie im Rahmen einer DMP Versorgung gemäß DMP-A-RL: <p><u>Vergleichsintervention der Studie:</u> Entlassungsbrief, Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, Arzttermin 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>individualisierten Managements erfolgt durch den koordinierenden Arzt/Ärztin, denn dort sind die Informationen zu besonderen Umsetzungsproblemen und Komorbiditäten primär angesiedelt. Eine gesonderte Expertise durch einen Kardiologen oder eine Kardiologin, der/die nicht koordinierender Arzt/Ärztin ist, ist für diese Indikationsstellung in der Regel nicht erforderlich.</p> <p>Änderungsvorschlag: Patientinnen und Patienten mit besonderen Risikofaktoren gemäß 1.5.2.1 und 1.5.2.2 soll ein individualisiertes Management angeboten werden. Über das anzuwendende individualisierte Management ist durch den/die koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes und unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz zu entscheiden.</p>	<p><u>DMP</u>: <u>zusätzlich</u> allgemeines Monitoring, Telemonitoring, Patientenschulung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daher fraglich, ob das ohnehin geringe Ausmaß der gezeigten Effekte überhaupt zu erreichen wäre. • Unklarheit über die Eingliederung eines erweiterten Angebots in die bestehende Versorgungsstruktur
3.3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 28. April 2025	<p>1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Hier schließen wir uns vollumfänglich dem Textvorschlag der KBV an</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: siehe 3.2</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Bitte Übernahme des Textvorschlages der KBV	
3.4	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM) vom 28. April 2025	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>¹ Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J; Competence Network Heart Failure. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. <i>Trials</i>. 2010 May 17;11:56. doi: 10.1186/1745-6215-11-56.</p> <p>² Olbort R, Mahler C, Campbell S, Reuschenbach B, Müller-Tasch T, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. <i>J Adv Nurs</i>. 2009 Apr;65(4):799-808. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x. Epub 2009 Feb 9. PMID: 19228240</p> <p>³ Peters-Klimm F, Olbort R, Campbell S, Mahler C, Miksch A, Baldauf A, Szecsenyi J. Physicians' view of primary care-based case management for patients with heart failure: a qualitative study. <i>Int J Qual Health Care</i>. 2009 Oct;21(5):363-71. doi: 10.1093/intqhc/mzp032. Epub 2009 Aug 14. PMID: 19684033; PMCID: PMC2742393.</p> <p>⁴ Freund T, Baldauf A, Muth C, Gensichen J, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Praxisbasiertes Hausbesuchs- und Telefonmonitoring von Patienten mit</p>	<p>GKV-SV, KBV: Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Herzinsuffizienz: Rationale, Design und praktische Anwendung der Monitoringslisten in der HICMan-Studie [Practice-based home visit and telephone monitoring of chronic heart failure patients: rationale, design and practical application of monitoring lists in the HICMan trial]. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2011;105(6):434-45. German. doi: 10.1016/j.zefq.2010.06.027.</p> <p>⁵ Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach FM, Szecsenyi J. Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. Ann Intern Med. 2016 Mar 1;164(5):323-30. doi: 10.7326/M14-2403.</p> <p>⁶ Senft JD, Freund T, Wensing M, Schwill S, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan) in German healthcare: Outcome of a propensity-score matched cohort study. Eur J Gen Pract. 2021 Dec;27(1):228-234. doi: 10.1080/13814788.2021.1962280.</p> <p>⁷ https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-006</p> <p>⁸ URL: https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		Zuordnung siehe Fußnoten. Hier sind die links: [1] doi: 10.1186/1745-6215-11-56 [2] doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04934.x [3] doi: 10.1093/intqhc/mzp032. [4] doi: 10.1016/j.zefq.2010.06.027. [5] doi: 10.7326/M14-2403. [6] doi: 10.1080/13814788.2021.1962280. [7] https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-006 [8] https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evi-denzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf .	
4.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK), Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) AG „Diabetes und Herz“ der DDG, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V. (DGPR)		
4.1	DGK, DDG, DGIM, DGPR vom 29. April 2025	Allgemeine Anmerkung Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) bedankt sich für die Gelegenheit,	KBV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Ergänzende Betreuungs- und Überwachungsangebote für Patientinnen und Patienten können in einem DMP

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>zum Disease Management Programm (DMP) Herzinsuffizienz (HI) Stellung beziehen zu dürfen. Grundsätzlich begrüßt die DGK, dass ein intensiver Diskurs zu der Notwendigkeit verschiedener Monitoring-Prozesse für HI-Patienten stattfindet.</p> <p>Die DGK schließt sich der Position der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an und befürwortet die Ergänzung eines Individualisierten Management in der DMP-Richtlinie.</p> <p>Das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß MVV-Richtlinie des G-BA hat den Nutzen für HI-Patienten hinlänglich bewiesen. Es ist zusätzlich davon auszugehen, dass mit der Messung und dem Monitoring des pulmonalarteriellen Drucks mittels implantierten Sensors zur Therapieoptimierung bei HI zeitnah ein weiteres Verfahren in die Richtlinie des G-BA aufgenommen wird, welches einen positiven Nutzen aufweist. Aufgrund des Einsatzes von kardialen Devices bzw. Messgeräten, sind für diese Methoden mehrjährige Bewertungsverfahren durchgeführt worden.</p> <p>Bei dem hier vorliegenden Fall zur Ergänzung telemedizinischer Monitoring-Angebote handelt es sich aus Sicht der DGK um eine zu den oben geschilderten Versorgungsmöglichkeiten</p>	<p>Berücksichtigung finden, wenn für eine definierte Gruppe von Patientinnen und Patienten (z.B. hochbetagte und multimorbide Patientinnen und Patienten) der Nachweis erbracht wurde, dass diese von einem konkreten Versorgungsangebot im Sinne eines erweiterten Monitorings profitieren. Die Identifizierung konkreter Maßnahmen für klar umschriebene Patientengruppen entspricht eben dem Prüfauftrag des G-BA vom 18.04.2024. Aus dem Ergebnis dieser Prüfung auf Basis des Rapid Reports lässt sich eine Aufnahme eines weiteren Versorgungsangebots nicht begründen. Aus den Ergebnissen der E-INH Studie, als einzige Studie mit statistisch signifikanten Effekten, lässt sich kein zusätzliches Angebot eines individualisierten Managements einschließlich eines strukturierten Telefonsupports ableiten. Die Gründe hierfür werden ausführlich in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf dargestellt und umfassen insbesondere die folgenden Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abweichen der Vergleichsintervention von der aktuellen Herzinsuffizienztherapie im Rahmen einer DMP Versorgung gemäß DMP-A-RL:

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>ten komplementäre Optimierung des Behandlungsprozesses. Ein strukturierter Telefonsupport, durch geschultes medizinisches Assistenzpersonal kann niederschwellig in den Versorgungsalltag integriert werden: es müssen keine Messgeräte vorgehalten/ausgegeben/gewartet werden und somit entfallen auch Diskussionen um Sicherheit oder Eignung von Messgeräten. Gleichzeitig können solche niedrigrschwelligen Angebote dazu beitragen, Monitoring-Versorgungsangebote für HI-Patienten generell zu fördern und zu stärken. In Kombination mit neuen, digitalen Schulungsinhalten sieht die DGK zudem das Potenzial das Selbstmanagement von Betroffenen zu stärken.</p> <p>In diesem Sinne spricht sich die DGK dafür aus, Monitoring-Angebote auf die wie hier vorgesehene Art punktuell zu ergänzen und Telemonitoring als eine Prozessoptimierung zu sehen, die nicht zwangsläufig ein Bewertungsverfahren gem. § 135 SGB V benötigen. An dieser Stelle möchten wir auch auf den Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestags vom 26.02.2025 zu Stand und Perspektiven der Telemedizin verweisen (Drucksache 20/15069).</p>	<p><u>Vergleichsintervention der Studie:</u> Entlassungsbrief, Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, Arzttermin 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung <u>DMP: zusätzlich</u> allgemeines Monitoring, Telemonitoring, Patientenschulung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daher fraglich, ob das ohnehin geringe Ausmaß der gezeigten Effekte überhaupt zu erreichen wäre. • Unklarheit über die Eingliederung eines erweiterten Angebots in die bestehende Versorgungsstruktur <p>GKV-SV: Inwieweit die genannten Angebote/Leistungen als „neue“ Untersuchungs- oder Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V gelten können, wäre auf Grundlage der Definition des G-BA gemäß 2. Kapitel § 2 Absatz 1 VerFO zu prüfen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
4.2	DGK, DDG, DGIM, DGPR vom 29. April 2025	<p>1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport</p> <p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die DGK begrüßt die Position der KBV ausdrücklich. Der Report des IQWiG und die vorgesehene Aufnahme weiterer Optionen zur engmaschigen Betreuung dieser Patienten verdeutlicht den Bedarf und den entsprechenden Nutzen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Bezüglich der des Verweises des GKV-SV (Anlage 2_TrGr_2025-04-03 unter Bewertungsergebnis, Seite 5): „Es ist davon auszugehen, dass es zwischen dem untersuchten Unterstützungsangebot und dem im DMP bereits implementieren Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß MVV-RL inhaltlich eine Schnittmenge gibt und es dadurch zu Doppelstrukturen kommen würde.“</p>	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Inhaltliche Zustimmung der KBV, insbesondere zu dem Aspekt der Versorgungslücke bei Risiko-Patientinnen und Patienten, für die das TM nicht in Frage kommt.</p> <p>GKV-SV: siehe 4.2; Das Auftreten von Doppelstrukturen ist nicht der wesentliche Grund, die Aufnahme eines erweiterten Versorgungsangebots abzulehnen. Daher kann diesem auch mit dem geänderten Textvorschlag nicht zugestimmt werden.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>könnte eine entsprechende Einschränkung unter dem folgenden Punkt in Anlage_1_BE_2025-04-03 erfolgen:</p> <p>„Der Telefonsupport soll im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms angeboten werden. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt werden:“</p> <p>An dieser Stelle kann diskutiert werden, ob bei einer bereits etablierten Versorgung durch das Telemonitoring gemäß MVV-RL ein Telefonsupport erfolgen muss. An dieser Stelle muss nochmals betont werden, dass das Rhythmusmonitoring von ICD/CRT Trägern kein Herzinsuffizienzmonitoring darstellt. Für diese Personengruppe kann das Telefonmonitoring additiv angeboten werden. Für Patienten, die mit externen Devices (gemäß der TIM-HF2 Studie) nachgesorgt werden, ist Telefonmonitoring bereits Teil des Konzeptes. Im künftigen DMP-HI werden darüber hinaus jedoch auch weitere Patientengruppen erwartet, die keine Deviceträger sind oder die nicht mit externen Devices versorgt sein wollen: diesen Patientengruppen sollte das Telefonmonitoring angebo-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		ten werden, da es eine wichtige Versorgungslücke niederschwellig schließt.	
5.	Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)		
5.1	Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa) vom 29. April 2025	<p>vfa-Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-A-RL: Änderung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)</p> <p>Der vfa unterstützt die Aktualisierung des DMP Herzinsuffizienz und die damit verbundenen Bemühungen, die Versorgung von betroffenen Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern.</p>	<p>GKV-SV, KBV: Der allgemeine Teil der Stellungnahme (zu den Einschreibekriterien) bezieht sich nicht auf den Gegenstand des aktuellen Beschlussentwurfs.</p> <p>GKV-SV: Der Einschätzung, dass ein individualisiertes Management im Rahmen eines strukturierten Telefonsupports zu einer verbesserten Versorgung führt, kann nicht gefolgt werden. Die Ergebnisse des Rapid Reports konnten nicht zeigen, dass sich für die adressierten Patientengruppen spürbare Verbesserungen ergeben. Aus den Ergebnissen der E-INH Studie, als einzige Studie mit statistisch signifikanten Effekten, lässt sich kein zusätzliches Angebot eines strukturierten Telefonsupports oder eines anderen individualisierten Managements ableiten. Die Gründe hierfür werden ausführlich in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf dargestellt und umfassen insbesondere die folgenden Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abweichen der Vergleichsintervention von der aktuellen

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Unabhängig von den vorliegenden Änderungsvorschlägen empfiehlt der vfa die Berücksichtigung folgender Punkte: Patientinnen und Patienten mit Ejektionsfraktion $\geq 40\%$ sollten in das DMP Herzinsuffizienz aufgenommen werden. Maßgeblich hierfür ist die Aktualisierung der europäischen Herzinsuffizienz-Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) im Jahr 2021 (1) und deren Ergänzung 2023 (2), die Na-</p>	<p>Herzinsuffizienztherapie im Rahmen einer DMP Versorgung gemäß DMP-A-RL: <u>Vergleichsintervention der Studie:</u> Entlassungsbrief, Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, Arzttermin 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung <u>DMP: zusätzlich</u> allgemeines Monitoring, Telemonitoring, Patientenschulung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daher fraglich, ob das ohnehin geringe Ausmaß der gezeigten Effekte überhaupt zu erreichen wäre. • Unklarheit über die Eingliederung eines erweiterten Angebots in die bestehende Versorgungsstruktur <p>GKV-SV: Siehe 5.1.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>tionalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz (3), sowie der auf den ESC-Leitlinien fußende Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) (4). Hier wurden wesentliche Empfehlungen zu Patientinnen und Patienten chronischer Herzinsuffizienz mit geringfügig reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF) und erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF) aufgenommen (1, 2, 3, 4), welche mit etwa 50 % aller Herzinsuffizienz-Patienten eine ebenso wichtige Patientengruppe darstellen (5), wie Patienten mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF). Gerade Patientinnen und Patienten mit HFpEF können immens von einem DMP profitieren.</p> <p>1.5.2 Individualisiertes Management</p> <p>Der Vorschlag eines „individualisierten Managements“ im Rahmen eines strukturierten Telefonsupports ist begrüßenswert und kann zu einer verbesserten Versorgung führen. Der Rapid Report des IQWiG (6) dazu ist eindeutig, mit dem Verweis auf die Ergebnisse der E-INH Studie (7). Insbesondere zu Therapiebeginn kann ein zusätzlicher Betreuungsaufwand bestehen. Ähnliches gilt für die Patienten mit HFmrEF und</p>	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Es ist anzumerken, dass in der Formulierung bereits auf in Deutschland erprobte Gesprächsprotokolle abgestellt wird. Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt sind die Qualifikationen der nicht-ärztlichen Fachkräfte von den Vertragspartnern festzulegen und haben insbesondere die in den Vertragsregionen etablierten Qualifikationen nicht-ärztlicher Fachkräfte zu berücksichti-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>HFpEF, welchen nun weitere Medikamente als therapeutische Optionen zur Verfügung stehen. Durch das Ausräumen von Bedenken (z. B. häufigeres Wasserlassen bei Therapiebeginn), Evaluieren der Lebensqualität/Leistungsfähigkeit, Abfragen zur korrekten Medikamenteneinnahme, sowie dem Beantworten von Rückfragen, kann insbesondere in der vulnerablen (aber für den weiteren Therapieerfolg maßgeblichen) Anfangsphase der leitliniengerechten medikamentösen Versorgung die Adhärenz gesteigert und somit eine Qualitätsverbesserung der Therapie erreicht werden. Die ESC macht beispielsweise konkrete Vorschläge für ein Curriculum zur Ausbildung von spezialisierten Heart Failure-Nurses (8). Es empfiehlt sich, die Einführung eines individualisierten Managements nach fünf Jahren zu evaluieren, um die Ergebnisse zur Verbesserung der Richtlinie im Sinne einer guten Versorgung zu berücksichtigen.</p>	<p>gen. Zudem ist das jeweils verwendete erprobte Gesprächsprotokoll zu berücksichtigen.</p>
5.2	<p>Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa) vom 29. April 2025</p>	<p>Literaturverzeichnis (1) McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baum-bach A, Böhm M et al. (2021). ESC Guidelines for the diagno-</p>	<p>GKV-SV, KBV: Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>sis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 2021; 42(36):3599–726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>(2) McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M et al. (2023). Focused Update of the 2021 ESC Guide-lines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 2023; 44(37):3627–3639. doi: 10.1093/eurheartj/ehad195. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad195, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>(3) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesver-eini-gung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medi-zinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Ver-sorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auf-lage. Version 4.0 (2023). Verfügbar unter: https://re-gis-ter.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chroni-sche_Herz-insuffizienz_2023-12.pdf, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>(4) Frantz S, Anker S, Bauersachs J et al. (2022). Kommentar</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>zu den Leitlinien (2021) der ESC zur Diagnose und Behandlung akuter und chronischer Herzinsuffizienz. <i>Kardiologie</i> 16, 207–212 (2022); doi: 10.1007/s12181-022-00543-7. Verfügbar unter: https://leitlinien.dgk.org/2022/kommentar-zu-den-leitlinien-2021-der-esc-zur-diagnose-und-behandlung-akuter-und-chronischer-herzinsuffizienz/, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>(5) Oktay AA, Rich JD, Shah SJ (2013). The Emerging Epidemic of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. <i>Curr Heart Fail Rep</i> 10, 401–410 (2013). doi: 10.1007/s11897-013-0155-7. Verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24078336/, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>(6) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Strukturierte Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten – Evidenzkartierung; Rapid Report, Projekt Q24-01; Version 1.0 [on-line]. Köln (GER): IQWiG; 2024. (IQWiG-Berichte; Band 1864). Doi: 10.60584/Q24-01. Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/q24-01_strukturierte-un-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>ters-tuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkar-tierung_rapid-report_v1-0.pdf, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>(7) Angermann CE, Sehner S, Faller H, Guder G, Morbach C, Frantz S, et al. Longer-term effects of remote patient management following hospital discharge after acute systolic heart failure: the randomized E-INH trial. JACC Heart Fail 2023;11(2):191-206. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.10.016, aufgerufen am 22.04.2025.</p> <p>(8) https://doi.org/10.1002/ejhf.765, aufgerufen am 22.04.2025.</p>	
6.	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)		
6.1	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 29. April 2025	<p>Stellungnahme allgemein</p> <p>Gerne nehmen wir als Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) die Gelegenheit zur Stellungnahme zum „Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die [KBV: XX. Änderung] [GKV-SV: Nicht-</p>	KBV, GKV-SV: Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Änderung] der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): [KBV: Änderung der] Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)“ wahr. Zu diesem Dokument, Stand 03.04.2025 [1], und unter Bezugnahme auf</p> <ul style="list-style-type: none"> – die „Tragenden Gründe zum Beschlussentwurf [2]“, – die Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz 2023 [3] mit Leitlinienreport [4], – das Rapid Report „Strukturierte Unterstützungsangebote im Rahmen des Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten – Evidenzkartierung“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) 2024 [5], – der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz vom 17.12.2020 [6], <p>bitten wir um Berücksichtigung folgender Vorbemerkungen und allgemeinen Anmerkungen:</p> <p>Vorbemerkungen</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Die Verbände der Ernährungstherapie Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) und VDD haben sich vor Abgabe der Stellungnahmen zu den Kernthemen ausgetauscht und sind sich in den Kernaussagen einig.</p> <p>Wir bitten darum, dass, wenn von nicht-ärztliches Fachpersonal die Rede ist, die qualifizierten Ernährungsfachkräfte inkludiert werden. Mit qualifizierten Ernährungsfachkräften sind Diätassistentinnen und Diätassistenten oder vergleichbar akademisch qualifizierte Ökotrophologinnen und Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler bzw. Absolventinnen und Absolventen fachverwandter Studiengänge gemeint [7-9].</p> <p>Unter „Änderungsvorschläge“ haben wir die von uns vorgeschlagenen Textergänzungen <u>grün unterstrichen</u> hervorgehoben.</p> <p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Nur die Berufsgruppe der Diätassistentinnen und Diätassistenten und vergleichbar qualifizierte Ernährungsfachkräfte können mit der Patientin beziehungsweise mit dem Patienten</p>	<p>GKV-SV, KBV: Dieser Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge. Diese folgen unter 6.2 und werden dort gewürdigt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>individuelle (messbare) Ziele zur Ernährungsumstellung feststellen, priorisieren und umsetzen. Diätassistentinnen und Diätassistenten werden mit dem Ausbildungsziel der eigenverantwortlichen Durchführung der Ernährungstherapie explizit für diese Aufgabe ausgebildet [10]. Neben ernährungswissenschaftlichen und -medizinischen Grundlagen gehören Interventionen zur Verhaltensmotivation durch die Ausbildung und das Grundverständnis des prozessgeleiteten Arbeitens mit dem German-Nutrition Care Prozess (G-NCP)-Modell zum beruflichen Standard [7-9].</p> <p>Es sollte daher beim DMP Herzinsuffizienz im interdisziplinären Rahmen strukturell zwischen koordinierenden Ärztinnen/Ärzten und qualifizierten Ernährungsfachkräften kooperiert werden, insbesondere auch bei der individuellen Zielsetzung und Betreuung bezüglich Ernährung. Dies entspreche dem Positionspapier der Arbeitsgruppe Ernährungsmedizin und Ernährungstherapie (AG EMET) [7] und dem interdisziplinären Ansatz, der bei Schulungsprogrammen ausdrücklich gefordert und in der Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung, Ernährungstherapie und Ernährungsbildung in Deutschland [8] klar beschrieben</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		ist.	
6.2	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 29. April 2025	<p>Anlage 13, 1.5.1, 1.5.2 (neu), 1.5.2.1, 1.5.2.2 Stellungnahme:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der KBV nach 1.5.1 Allgemeines Monitoring einen Punkt Individualisiertes Management als 1.5.2 mit dem Unterpunkt 1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport einzufügen und Punkt 1.5.2 Telemonitoring in den Unterpunkt 1.5.2.2 umzubenennen, allerdings mit Ergänzungen im Text. Aus unserer Sicht ist es essenziell, dass unter 1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport die wesentlichen Inhalte des Supports „Schulungselemente zum Erlernen von angemessenen Maßnahmen bei Warnsymptomen“, „die Motivationsförderung zur konsequenten Einhaltung des vereinbarten Behandlungsplans“ und „die Hilfestellung bei Umsetzungsproblemen“ im Bereich der Ernährungstherapie von qualifizierten Ernährungsfachkräften durchgeführt werden, auch im Hinblick auf das häufige Vorliegen von Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz wie Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 2,</p>	<p>KBV: Dank und Kenntnisnahme. Dem Änderungsvorschlag wird nicht gefolgt. In Studien evaluierte Telefonsupport-Maßnahmen beziehen sich nicht auf Ernährungsberatung, sondern auf das Monitoring der Herzinsuffizienz. Die hier vorgeschlagenen multidisziplinären Monitoringformen mit dem Fokus auf spezifische Ernährungsberatungen lassen sich aus den Leitlinien nicht ableiten.</p> <p>Der Einbezug qualifizierter Ernährungsfachkräfte kann zudem auch an dieser Stelle nicht abweichend von den geltenden Regelungen (beispielsweise der Heilmittel-Richtlinie, der Ernährungsberatung nach §20 oder nach §43 SGB V) festgelegt und obligat gefordert werden.</p> <p>GKV-SV: Aus den Ergebnissen der E-INH Studie, als einzige der im Rapid Report bewerteten Studie mit verwertbaren statistisch signifikanten Effekten, lässt sich kein zusätzliches Angebot eines strukturierten Telefonsupports oder eines anderen individualisierten Managements ableiten. Die Gründe hierfür werden ausführlich in den Tragenden Gründen zum</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Niereninsuffizienz, Anämien und Depressionen [3].</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Erklärung der KBV in den Tragenden Gründen [2]. Die KBV verweist darin zur NVL chronische Herzinsuffizienz [3, 4] und zu der im Rapid Report des IQWiG [5] genannten prospektiven randomisierten kontrollierten Studie mit Parallelgruppe und Multizentrumdesign von Angermann et al. [11, 12]. Zu Recht weist die KBV auf die NVL-„soll“-Empfehlung 12-14 zu einer intensivierten Betreuung von Patienten mit einem erhöhten Mortalitäts- oder Hospitalisierungsrisiko hin, in der die Komponente „strukturierte telefonische Betreuung“ explizit neben der Komponente „Telemonitoring“ genannt wird [3]. Beide Komponenten werden auch getrennt in Subkapiteln, respektive 12.3.2 und 12.3.3, in der NVL [3] behandelt.</p> <p>Strukturierte telefonische Betreuung umfasst im Sinne der NVL und der Studie von Angermann [11, 12] mehr als die in der DMP-A-RL [13] unter Anlage 13, 1.5.2 Telemonitoring genannte „leitliniengerechte Beobachtung durch Telemonitoring mit implantierten oder externen kardialen Messgeräten“, die im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über</p>	<p>Beschlussentwurf dargestellt und umfassen insbesondere die folgenden Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abweichen der Vergleichsintervention von der aktuellen Herzinsuffizienztherapie im Rahmen einer DMP Versorgung gemäß DMP-A-RL: <u>Vergleichsintervention der Studie:</u> Entlassungsbrief, Empfehlung einer leitliniengerechten medikamentösen Therapie, Arzttermin 7-14 Tagen nach stationärer Entlassung <u>DMP: zusätzlich</u> allgemeines Monitoring, Telemonitoring, Patientenschulung) • Daher fraglich, ob das ohnehin geringe Ausmaß der gezeigten Effekte überhaupt zu erreichen wäre. • Unklarheit über die Eingliederung eines erweiterten Angebots in die bestehende Versorgungsstruktur

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Telemonitoring bei Herzinsuffizienz vom 17.12.2020 [6] beschrieben wird.</p> <p>Angermann et al. stellten durch ihre strukturierte telefonische Betreuung anhand eines standardisierten 19-Item Fragenbogens fest, dass mehr als 80% ihrer ca. 1000 Patientinnen und Patienten Rat fragten für andere Erkrankungen als Herzerkrankungen und dies sogar häufiger als für kardiovaskulären Erkrankungen. Die Beratung wurde für zahlreiche Probleme in Anspruch genommen, die sich auch auf die Lebensqualität auswirken, z. B. Depression und kognitive Beeinträchtigung, Diabetes, Anämie, Nieren- oder Lungenfunktionsstörungen und verschiedene Arten von Schmerzen. Dies zeigt laut Angermann et al. das objektive Bedürfnis dieser Patientengruppe nach umfassenden Versorgungsmodellen, die spezielles Monitoring integrieren, damit die Komplexität des Syndroms „chronische Herzinsuffizienz“ sowie die physischen Probleme von Multimorbidität und Alter adressiert werden [12].</p> <p>In ihrem Rapid Report [5], Seite 67, schreibt das IQWiG zu der Studie von Angermann et al. [11, 12] u. a., dass „sich für die in</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>dieser Studie durchgeführte engmaschige telefonische Betreuung in abnehmender Frequenz abhängig vom New York Heart Association-(NYHA)-Status statistisch signifikante Vorteile in Bezug auf Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität, Gesamt- und kardiovaskuläre Hospitalisierung sowie Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz über lange Zeiträume von 5 bis 10 Jahren zeigten.“</p> <p>Habaybeh et al. publizierten 2021 das erste systematische Review mit Metaanalyse über die Frage, ob individualisierte Ernährungsinterventionen mit dem Ziel die Protein- und Energiezufuhr bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz und (Risiko für) Mangelernährung zu erhöhen, die gesundheitliche Ergebnisse dieser Patientengruppe verbessern können [14]. Sie schreiben, dass in einer der fünf inkludierten Studien (4 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und 1 pilot RCT), nämlich in der spanischen PICNIC-Studie (Nutritional Intervention Program in Hospitalised Patients with Heart Failure who are Malnourished) von Bonilla-Palomas et al. 2016 [15], eine Kombination aus konventioneller Behandlung und personalisierter Ernährungs-intervention gegenüber nur konventioneller Behandlung über 6 Monate zu einem signifikanten</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Rückgang der Gesamtmortalität und Zahl der Wiederaufnahmen ins Krankenhaus während der 12-monatigen Nachbeobachtungszeit führten [14]. Laut einem Review von Esteban-Fernandez, Bonilla-Palomas et al. aus dem Jahr 2023 reduzierte die individualisierte Ernährungsintervention in der PICNIC-Studie das Risiko der Gesamtmortalität um 63% und auch das Risiko für Wiederaufnahme ins Krankenhaus wegen Verschlechterung der Herzinsuffizienz um 63% [16].</p> <p>Kägi-Braun et al. publizierten 2022 ein systematisches Review mit Metaanalyse von RCTs bezüglich der Effekte von ernährungstherapeutischer Betreuung inklusive telefonischer Betreuung bei mangelernährten erwachsenen Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Ergebnisse suggerieren, dass eine fortgesetzte ambulante oder poststationäre Ernährungsbetreuung die Protein- und Energiezufuhr sowie das Körpergewicht signifikant erhöht und das langfristige Überleben verbessert [17].</p> <p>Zwei deutsche praxisbezogene Publikationen von Röfe und Lilienkamp 2023 [18] und Lilienkamp 2023 [19] zur ernährungstherapeutischen Betreuung von Patientinnen und Patienten</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>mit herzunterstützenden Systemen in der Klinik/Rehabilitation und beim Übergang aus der Klinik nach Hause, welche die Notwendigkeit eines guten Ernährungszustands von und gezielter Ernährungstherapie bei diesen Patientinnen und Patienten unterstreichen, schließen hierbei an.</p> <p>Zudem zeigte eine sekundäre ökonomische Analyse der gesundheitlichen Ergebnissen von Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz der prospektiven, nicht-kommerziellen, multizentrum, randomisierten kontrollierten „Effect of early nutritional therapy on Frailty, Functional Outcomes and Recovery of undernourished medical inpatients Trial“ (EFFORT) durch Schuetz et al. 2022, dass individualisiertes Ernährungsmanagement bei dieser Patientengruppe eine kosteneffektive Intervention ist [20].</p> <p>Die individualisierte Ernährungsintervention umfasste [20]:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Screening auf Mangelernährung bei der Aufnahme im Krankenhaus, – Ernährungsassessment durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft bei Patientinnen und Patienten mit (Risiko für) Mangelernährung, 	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<ul style="list-style-type: none"> – ernährungstherapeutische Betreuung anhand eines individuellen Ernährungs-Behandlungsplans, der mit der qualifizierten Ernährungsfachkraft vereinbart wurde und – Implementation des Behandlungsplans durch Monitoring der gesundheitlichen Ergebnissen im Krankenhaus und bei Bedarf als Follow-Up nach Entlassung. <p>Bei den Patientinnen und Patienten, welche die unterstützende individualisierte Ernährungsbetreuung erhielten, wurden bessere gesundheitliche Ergebnisse festgestellt als bei der Patientengruppe, die nur die Standard-Krankenhausernährung erhielt. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit hohem Ernährungsrisiko hatten ein signifikant geringeres Risiko für Mortalität und schwere kardiovaskuläre Ereignisse, wenn sie die individualisierte Ernährungsbetreuung erhielten [20, 21]. Schuetz et al. schlussfolgerten, dass die stationäre Ernährungsunterstützung für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz die Lebenserwartung bei einem akzeptablen inkrementellen Kosten-Nutzen-Verhältnis erhöht [20].</p> <p>2024 erschien von de Jorge-Huerta et al. ein beschreibendes</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Review von Originalarbeiten, Reviews und Metaanalysen bezüglich der Diagnose und Behandlung von Sarkopenie und Mangelernährung bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz [22]. Dieses Review stimmt mit dem Review von Esteban-Fernandez et al. [16] überein, dass die Diagnose von Mangelernährung und ein individualisiertes Ernährungsmanagement eine Schlüsselrolle spielen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz: „The detection and treatment of malnutrition in patients with HF is key, due to its high prevalence and its negative consequences on the prognosis of the disease, including deterioration in quality of life, increased hospitalizations, and increased mortality“ [16] und „During hospitalization and recovery, attention to dietary needs plays a crucial role in improving outcomes and overall wellbeing.“ [22].</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Text der KBV im Beschlussentwurf [1] mit Ergänzungen bei 1.5.2.1 Strukturierter Telefonsupport:</p> <p>„Der Telefonsupport beinhaltet regelmäßige proaktive Telefonate anhand eines strukturierten und im deutschen Versor-</p>	<p>GKV-SV: Es wird darauf hingewiesen, dass aufgrund der aktuellen Studienlage ein individualisiertes Management mit strukturierten Telefonsupport auch dann nicht gerechtfertigt erscheint, wenn die vorgeschlagenen Ergänzungen und Kon-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>gungskontext erprobten <u>Heilmittelbereich-spezifischen</u> Gesprächsprotokolls durch qualifiziertes nicht-ärztliches Fachpersonal <u>wie Pflegefachkräfte, Ernährungsfachkräfte, Fachkräfte der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie</u>. Wesentliche Inhalte dieses Telefonsupports sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – die gemeinsame Erfassung und Beurteilung von Körperwarnsignalen, – Schulungselemente zum Erlernen von angemessenen Maßnahmen bei Warnsymptomen (zum Beispiel die selbständige Anpassung der Medikation (<u>Gesprächsprotokoll Pflege</u>) oder <u>selbständige Maßnahmen bei schneller Sättigung und/oder wenig Esslust (Gesprächsprotokoll Ernährungstherapie)</u>), – die Motivationsförderung zur konsequenten Einhaltung des vereinbarten Behandlungsplans (zum Beispiel zur Erreichung von <u>Zieldosierungen (Gesprächsprotokoll Pflege)</u>, oder zur <u>Erreichung von ausreichenden Trinkmengen und ausreichender Versorgung mit Nährstoffen sowie zur Vermeidung von Mangelernährung/Untergewicht/Sarkopenie oder zu starkem Übergewicht (Gesprächsprotokoll Ernährungstherapie)</u>) und 	<p>kretisierungen unter einer Ziffer 1.5.2.1 vorgenommen würden. Dies ergibt sich nicht aus der Studienlage.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>– die Hilfestellung bei Umsetzungsproblemen.</p> <p>Abhängig vom Ergebnis der Telefonate werden gegebenenfalls diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, <u>inklusive (weiteren) ernährungstherapeutischen Maßnahmen, eingeleitet.</u>“</p>	
6.3	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) vom 29. April 2025	<p>Literaturverzeichnis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die [KBV: XX. Änderung] [GKV-SV: Nicht-Änderung] der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): [KBV: Änderung der] Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz). Stand: 03.04.2025. Berlin: G-BA, 2025. 2. Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die [KBV: XX. Änderung] [GKV-SV: Nicht-Änderung] der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): 	<p>GKV-SV, KBV: Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>[KBV: Änderung der] Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz). Stand: 03.04.2025. Berlin: G-BA, 2025.</p> <p>3. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf</p> <p>4. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006m_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf</p> <p>5. https://www.igwig.de/download/q24-01_strukturierte-unterstuetzungsangebote-fuer-herzinsuffizienzpatienten-evidenzkartierung_rapid-report_v1-0.pdf</p> <p>6. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4648/2020-12-17_MVV-RL_Telemonitoring-Herzinsuffizienz_BAnz.pdf</p> <p>7. https://www.visionnutrition.de/site/assets/files/1484/positionspapier_ag_emet_final_upload_tmp.pdf</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlusentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>8. https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/qs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf</p> <p>9. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/aeltere_dokumente/20220131_geaenderte_Anlage_5_Zulassungsvoraussetzungen_Ernaehrungstherapie.pdf</p> <p>10. https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/Di%C3%A4tAssG.pdf</p> <p>11. Angermann CE, Sehner S, Faller H et al. Longer-Term Effects of Remote Patient Management Following Hospital Discharge After Acute Systolic Heart Failure. JACC: Heart Failure 2023; 11(2): 191-206. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213177922006424?via%3Dihub</p> <p>12. Angermann CE, Stork S, Gelbrich G et al. Mode</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>of action and effects of standardized collaborative disease management on mortality and morbidity in patients with systolic heart failure: the Interdisciplinary Network for Heart Failure (INH) study. <i>Circ Heart Fail</i> 2012; 5(1): 25-35. https://www.ahajournal.org/doi/epub/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.962969</p> <p>13. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3583/DMP-A-RL_2024-04-18_iK-2024-10-01.pdf</p> <p>14. Habaybeh D, de Moraes MB, Slee A, Avgerinou C. Nutritional interventions for heart failure patients who are malnourished or at risk of malnutrition or cachexia: a systematic review and meta-analysis. <i>Heart Fail Rev</i> 2021;26(5):1103-18. DOI: 10.1007/s10741-020-09937-9. https://link.springer.com/article/10.1007/s10741-020-09937-9</p> <p>15. Bonilla-Palomas JL, Gamez-Lopez AL, Castillo-Dominguez JC, Moreno-Conde M, Lopez Ibanez</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>MC, Alhambra Exposito R, et al. Nutritional Intervention in Malnourished Hospitalized Patients with Heart Failure. Arch Med Res 2016;47(7):535-40. DOI: 10.1016/j.arcmed.2016.11.005. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893211003824?via%3Dihub</p> <p>16. Esteban-Fernandez A, Villar-Taibo R, Alejo M, Arroyo D, Bonilla Palomas JL, Cachero M, et al. Diagnosis and Management of Malnutrition in Patients with Heart Failure. J Clin Med 2023;12(9). DOI: 10.3390/jcm12093320. https://scispace.com/pdf/diagnosis-and-management-of-malnutrition-in-patients-with-3hacz09r.pdf</p> <p>17. Kaegi-Braun N, Kilchoer F, Dragusha S, Gressies C, Faessli M, Gomes F, et al. Nutritional support after hospital discharge improves long-term mortality in malnourished adult medical patients: Systematic review and meta-analysis. Clin Nutr 2022;41(11):2431-41. DOI:</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>10.1016/j.clnu.2022.09.011. https://www.researchgate.net/publication/363930635 <u>Nutritional support after hospital discharge improves long-term mortality in malnourished adult medical patients Systematic review and meta-analysis</u></p> <p>18. Röfe D, Lilienkamp H. Ernährungstherapie bei PatientInnen mit herzunterstützenden Systemen (VAD). Ernährungs Umschau 2023;70(3):M190-M195. PDF mit freundlicher Genehmigung vom Herausgeber angefügt.</p> <p>19. Lilienkamp H. Ernährungstherapeutische Begleitung von PatientInnen mit Herzunterstützungssystem. Aufgaben und Herausforderungen für Ernährungsfachkraft und PatientIn beim Übergang aus der Klinik nach Hause. Ernährungs Umschau 2023;70(3):M196-M197. PDF mit freundlicher Genehmigung vom Herausgeber angefügt.</p> <p>20. Schuetz P, Sulo S, Walzer S, Krenberger S, Stagna Z, Gomes F, et al. Economic Evaluation of Individualized Nutritional Support for Hospitalized</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Patients with Chronic Heart Failure. Nutrients 2022;14(1703). DOI: 10.3390/nu14091703. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9099480/pdf/nutrients-14-01703.pdf</p> <p>21. Hersberger L, Dietz A, Burgler H, Bargetzi A, Bargetzi L, Kagi-Braun N, et al. Individualized Nutritional Support for Hospitalized Patients With Chronic Heart Failure. J Am Coll Cardiol 2021;77(18):2307-19. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.03.232. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109721009384?via%3Dihub</p> <p>22. de Jorge-Huerta L, Marco-Alacid C, Grande C, Velardo Andres C. A Narrative Review of the Diagnosis and Treatment of Sarcopenia and Malnutrition in Patients with Heart Failure. Nutrients 2024;16(16). DOI: 10.3390/nu16162717. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11357594/pdf/nutrients-16-02717.pdf</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
7.	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)		
7.1	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV) vom 29. April 2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Die Digitalisierung von Versorgungsprozessen in DMPs ist dringend notwendig und wir begrüßen daher, dass der G-BA hierzu im März erste Grundlagen beschlossen hat. Wünschenswert wäre, diese Punkte bereits jetzt in DMPs einfließen zu lassen. Dazu gehört für uns auch, dass eine Erweiterung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz durch geeignete digitale Tools erfolgen sollte, nicht nur durch einen rein telefonischen Service.</p> <p>Die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen und die Einbindung von DiGAs in DMPs unterstützt der SVDGV explizit. Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen kann durch eine Digitalisierung der DMPs grundlegend verbessert werden, u.a. durch vereinfachte digitale Einschreibeprozesse und der Nutzung von TI-Diensten, ePA und Telemedizin für eine verbesserte Kommu-</p>	<p>GKV-SV, KBV: Die Stellungnahme bezieht sich nicht auf den Gegenstand der Änderungen des aktuellen Beschlussentwurfs.</p> <p>Daneben ist festzustellen, dass sich die im März durch den G-BA beschlossene Änderung der DMP-A-RL zu den digitalen DMP (dDMP), wie gesetzlich vorgesehen, auf die DMP Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 bezieht und nicht auf das DMP Herzinsuffizienz (DMP HI).</p> <p>Im Rahmen der Aktualisierung des DMP HI (Beschluss vom 18.04.2024) hat der G-BA umfassend die Eignung digitaler medizinischer Anwendungen (DimAs) geprüft). Bei dieser Prüfung konnten keine geeignete DimAs identifiziert werden, auch nicht solche, die der Unterstützung des Telemonitorings dienen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>nikation von an der Versorgung Beteiligter und eine verbesserte Transparenz und Qualität der medizinischen Versorgung. Gerade im Bereich Telemonitoring sehen wir eine gute Möglichkeit, digitale Anwendungen einzubeziehen und weiter zu erproben.</p> <p>Für die Digitalisierung der DMPs und deren standardisierte Evaluation, bedarf es festgelegter Standards zur Dokumentation und Erfassung der DMPs. Daher fordern wir, einheitliche Pflichtfelder für die Dokumentation zu definieren, die eine standardisierte Erhebung von Befunddaten ermöglichen sowie die Ablage der Dokumentation der DMPs in der ePA.</p> <p>Bezüglich der zur Stellungnahme gestellten Ergänzung (1.5.2.1 strukturierter Telefonsupport) sollte aus Sicht des SVDGV sichergestellt sein, dass beide Maßnahmen (Telefonsupport und Telemonitoring) keine sich gegenseitig ausschließenden Alternativen darstellen, sondern im Rahmen eines individualisierten Versorgungskonzepts ineinandergreifen. Die Indikationsstellung für das Telemonitoring darf nicht verzögert werden, wenn bereits primär eine datengestützte digitale Überwachung notwendig erscheint.</p>	<p>Gemäß § 355 Abs. 4b SGB V liegt es nicht im Aufgabenbereich des G-BA, diese Festlegungen zu treffen. Bundeseinheitliche Pflichtdokumentationsfelder sind Bestandteil jedes DMP.</p> <p>GKV-SV: Da ein strukturierter Telefonsupport abgelehnt wird (zu den Gründen siehe auch Würdigung zu 1.2), entfällt die Frage des Ineinandergreifens der beiden Angebote.</p> <p>KBV: Das jeweils geeignete Monitoring soll zwischen Kardiolog:innen und Hausärzt:innen abgestimmt werden. Es wird darüber hinaus bereits im BE explizit formuliert, dass das Telemonitoring auch primär Anwendung finden kann, wenn die</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
			unter 1.5.2.1 beschriebenen Maßnahmen primär nicht ausreichend erscheinen.
8.	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED)		
8.1	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 29. April 2025	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In seiner Stellungnahme konzentriert sich der VFED vorwiegend auf diejenigen Aspekte, die den Bereich „Ernährung“ bzw. die Belange von Leistungserbringern im Bereich „Ernährungstherapie“ in Bezug auf Beschlüsse über Anforderungen an das DMP „Herzinsuffizienz“ betreffen. 2. Unter dem in unserer Stellungnahme erwähnten Begriff „qualifizierte Ernährungsfachkraft“ verstehen wir Diätassistent:innen, oder vergleichbar qualifizierte und in wesentlichen Merkmalen vergleichbar tätige Oecotropholog:innen oder Ernährungswissenschaftler:innen bzw. Absolvent:innen inhaltlich vergleichbarer Studiengänge [1,2,3]. 3. Die maßgeblichen Verbände der Ernährungstherapie [Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband 	KBV, GKV-SV: Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>e.V. (VDD) und VFED] haben sich vor Abgabe der Stellungnahmen zu den Kernthemen ausgetauscht und sind sich darin einig, dass qualifizierte Ernährungsfachkräfte – insbesondere Diätassistentinnen und Diätassistenten – im DMP Herzinsuffizienz stärker eingebunden werden sollten.</p>	
8.2	<p>Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 29. April 2025</p>	<p>zu den dissidenten Positionen Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>GKV-SV <i>„ohne Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie“</i></p> <p>Begründung: Der VFED spricht sich für die GKV-SV-Position, also für den Erhalt der bestehenden Regelung ohne Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie aus.</p> <p>Zwar begrüßen wir grundsätzlich Maßnahmen zur intensiveren Patientenbetreuung im Sinne eines individualisierten</p>	<p>KBV: Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt sind die Qualifikationen der nicht-ärztlichen Fachkräfte von den Vertragspartnern festzulegen. Hierbei ist unter anderem das jeweils verwendete erprobte Gesprächsprotokoll zu berücksichtigen. Somit wird die fachlich adäquate Betreuung sichergestellt.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Managements für Patient:innen mit besonderen Risikofaktoren, sehen jedoch im aktuellen Vorschlag der KBV, dass die Festlegung von Anforderungen an die fachliche Qualifikation der nichtärztlichen Fachkräfte bislang nicht erfolgt ist. Aus unserer Sicht ist es essenziell, dass Aufgaben wie z. B. die „Motivationsförderung zur konsequenten Einhaltung des vereinbarten Behandlungsplans“, insbesondere im Bereich der Ernährungstherapie, von qualifizierten Ernährungsfachkräften übernommen werden.</p> <p>Angesichts des im Vorschlag beschriebenen breiten Beratungsspektrums des Telefonsupports erscheint es jedoch fraglich, ob eine differenzierte und indikationsspezifische Einbindung verschiedener Fachprofessionen im Rahmen eines strukturierten Telefonsupports in der Praxis tatsächlich sichergestellt werden kann. Eine pauschale Umsetzung könnte daher zu einer fachlich nicht adäquaten Betreuung in spezifischen Bereichen führen.</p> <p>So werden zum Beispiel im Rapid Report Q24-01 des IQWiG vom 30.9.2024 Prüfinerventionen charakterisiert, wie zum</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>Beispiel „Bereitstellung von Informationen bzw. Schulungen über krankheitsbedingte Symptome, der Wirkungsweise von HI-Medikamenten, körperlicher Aktivität, Ernährung und Strategien zur Alltagsbewältigung“ oder „Schulungsmaterialien und Beratung im Hinblick auf Ursachen der Erkrankung, Krankheitssymptome, Gründe für die Behandlung, Raucherentwöhnung, Bewegung, Ruhe, Ernährung, Reisen, Impfungen als auch psychosozialer Auswirkungen welche sich durch die Erkrankung ergeben“ [4].</p> <p>Wir sprechen uns daher dafür aus, die derzeitige Struktur beizubehalten und die Möglichkeit ergänzender Maßnahmen wie eines strukturierten Telefonsupports erst nach Klärung der offenen Qualitätsfragen und unter Berücksichtigung der spezifischen Expertise der beteiligten Gesundheitsberufe zu prüfen.</p> <p>Allerdings leiden ein großer Teil der Patient:innen mit einer Herzinsuffizienz zusätzlich unter komplikationsträchtigen Komorbiditäten, wie Diabetes mellitus Typ 2 oder chroni-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>scher Niereninsuffizienz [5]. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, den Versorgungsaspekt der Ernährungstherapie durch qualifizierte Ernährungsfachkräfte bei einer zukünftigen Überarbeitung des DMP Herzinsuffizienz noch gezielter zu berücksichtigen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>-</p>	
8.3	Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED) vom 29. April 2025	<p>Literaturverzeichnis (Abruf der Quellen am 22.4.2025)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rahmenvereinbarung zur Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung/-therapie und Ernährungsbildung in Deutschland, in der Fassung vom 01.02.2024, S. 7. https://www.dge.de/fileadmin/dok/qualifikation/gs/Koordinierungskreis-Rahmenvereinbarung-QS-EB.pdf 2. DGE Zulassungskriterien bzw. DGE Zulassungsempfehlungen. https://www.dge.de/qualifizierung/zulassungskriterien/ sowie https://www.ernaehrungs-um- 	<p>GKV-SV, KBV: Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen
		<p>schau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2025/02_25/EU02_2025_M92_M96_cc.pdf</p> <p>3. OFD Frankfurt, Verfügung v. 27.7.2012, S 7170 A - 59 - St 112. https://datenbank.nwb.de/Dokument/444010/</p> <p>4. IQWiG, Rapid Report Q24-01, S. 32, S. 39. Q24-01 - Strukturierte Unterstützungsangebote für Herzinsuffizienzpatienten (Evidenzkartierung) - Rapid Report - Version 1.0</p> <p>5. IQWiG, Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Herzinsuffizienz (Stand 28.12.2021), S. 144. V20-05 - DMP Herzinsuffizienz - Abschlussbericht - Version 1.1</p>	

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 8. April 2025 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Pharma Deutschland e. V.	13. Mai 2025	ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)	2. Mai 2025	ja
Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK)	29. April 2025	ja
Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG)	30. April 2025	nein
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)	29. April 2025	ja
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e. V. (DGPR)	29. April 2025	nein
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)	nein	nein
Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	29. April 2025	nein
Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)	6. Mai 2025	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 14. Mai 2025 durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Nicht-Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung
1.	Pharma Deutschland e. V.	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauf-forschung e. V. (DGK)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Thema DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A- RL): Aktualisierung des DMP HI: Auswertung des Stellungnahmeverfahrens und Beschlussempfehlung

Vom 14. Mai 2025

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	11:52 Uhr
Ende:	12:07 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Frau Prof. Dr.

Herr Dr.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Herr Prof.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Herr Prof.

Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV)

Frau Dr.

Pharma Deutschland e.V.

Herr Dr.

Beginn der Anhörung: 11:52 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer ist der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen an dieser Stelle ausdrücklich nochmals für Ihr Verständnis. Jetzt haben wir den Tagesordnungspunkt 5 ordentlich zu Ende gebracht und widmen uns jetzt mit voller Kraft der Aktualisierung des DMP HI und der dazu notwendigen Anhörung. Sie werden von mir jetzt einige organisatorische Hinweise erhalten, die da lauten, dass Sie bitte Ihr Mikro verwenden, wenn Sie das Wort ergreifen – oder wenn ich Ihnen das Wort erteile, besser gesagt –, und immer zu Beginn der Wortmeldung den Namen und die Institution nennen, die Sie vertreten. Das ist für unser stenografisches Protokoll wichtig, das Protokoll wird dann auch im Internet veröffentlicht.

Sie dürfen davon ausgehen, dass die AG und die Patientenvertretung mit den Trägern all das gelesen haben, was Sie schriftlich vorgetragen haben, und dass auch dazu bereits intensiv beraten wurde. Das heißt, die heutige Anhörung gibt jetzt Gelegenheit, noch einmal zu akzentuieren, die für Sie wichtigen Gesichtspunkte noch einmal zu benennen oder gegebenenfalls, wenn etwas aus Ihrer Sicht noch nicht so benannt wurde, wie es dringlich und richtig wäre, dann zu ergänzen. Uns gibt es die Möglichkeit zur Nachfrage. Wir haben für Ihre Stellungnahme jeweils drei Minuten vorgesehen, also pro Organisationseinheit drei Minuten. Damit Sie die Zeit richtig im Blick haben, gibt es eine virtuelle Sanduhr, die die drei Minuten anzeigt.

Es haben sich acht stellungnahmeberechtigte Organisationen gemeldet, ich rufe sie nach Eingang der Stellungnahme auf. Wegen einer Terminüberschreitung hat abgesagt der Verband der Diätassistenten, Frau (VDD), sodass wir nur sieben – – Also wir haben weitere Absagen, nämlich die Deutsche Diabetes Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. Das heißt, wir rufen nachher in der Reihenfolge auf: die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, dann die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation, dann kommt der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung und dann Pharma Deutschland. Das sind dann insgesamt fünf Organisationen, die in dieser Reihenfolge aufgerufen werden.

Dann können wir mit der DEGAM beginnen, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Es haben sich gemeldet Frau Prof. (DEGAM) und Herr Dr. (DEGAM). Wem darf ich das Wort geben?

Frau Prof. (DEGAM): Mir zunächst, (DEGAM) von der DEGAM. Ich weiß nicht, ob es Herr (DEGAM) noch schafft, er hatte Probleme mit dem – –

Herr Dr. (DEGAM): Ich bin da.

Frau Prof. (DEGAM): Ah, ja, dann ist gut.

Das DMP Herzinsuffizienz hat ja eine Besonderheit: Wir haben da eine anders verteilte Klientel als bei anderen DMPs, viel mehr ältere und multimorbide Personen erfüllen die Einschlusskriterien. Sie haben zudem eine hohe Mortalität und auch Krankenhausaufnahmerate, daraus ergibt sich das Erfordernis weiterer Betreuungsformen. Ein spezieller Telefonsupport kann besonders, wenn er durch die Hausarztpraxis angeboten wird, die Kommunikation und Adhärenz verbessern. Man kann dabei auch auf andere Gesundheitsprobleme eingehen und frühzeitig erkennen, wenn sich Probleme anbahnen, die oft niedrigschwellig und im Rahmen des sozialen und pflegenden Umfeldes zu lösen sind. Diese Chance sollten wir unbedingt ergreifen. Die wissenschaftlichen Belege dazu haben wir

angeführt, sie sind durchaus im Einklang mit dem IQWiG-Gutachten.

Ich darf noch darauf hinweisen: Es gibt ganz kürzlich eine Fallserie, die zeigt, dass Menschen mit einer Herzinsuffizienz unter SGLT2-Hemmern auch Ketoazidosen entwickeln können, auch wenn sie kein Diabetes haben. Also das sind Dinge, die erfasst man nicht mit den automatisierten Dingen. – Und Herr Philipp macht weiter.

Herr Dr. (DEGAM): Genau, Herr (DEGAM), auch für die DEGAM.

Ein wichtiger Punkt ist vor allen Dingen auch, dass diese Patienten sich häufig nicht selbstständig versorgen können, sondern in einem komplizierten Lebenskontext leben, wo auch Pflegende, Angehörige und Pflegedienste eine wichtige Rolle spielen. Und es ist häufig wichtig, dieses Umfeld nah zu kennen, durch Hausbesuche, da auch dann eben das Management zu etablieren. Und das kann man dann durch eine Telefonberatung besonders effizient steuern, nah an den Patienten sein, dann auch mit geschulten MFAs arbeiten, das ist auch in Studien soweit gut hinterlegt. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Dann folgt die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., die DGK, Herr Prof. (DGK).

Herr Prof. (DGK): Guten Tag zusammen. Vielen Dank für die Gelegenheit eines kurzen Statements. Wir haben unseren Punkt schriftlich niedergelegt.

Ich möchte noch einmal eine Sache betonen: Zunächst unterstütze ich das, was die Vorredner gesagt haben, uneingeschränkt. Ich halte auch die Telefonunterstützung als zusätzliche Maßnahme in einem DMP HI für eine ganz wichtige Ergänzung, die man sich auf keinen Fall entgehen lassen sollte.

Ich möchte aber an der Stelle noch einmal auf die Argumentation der KBV eingehen, die ja als eine Begründung, warum der Telefonsupport angeboten werden soll, in ihrer Stellungnahme, die uns vorlag, darauf verwiesen hat, dass in den Studien, die es dazu gab, die Standardversorgung, also die Kontrollbehandlung, der sogenannte Kontrollarm, zum Beispiel der (E)-INH-Studie nicht dem aktuellen Standard im DMP entspricht.

Und wenngleich das formal richtig ist, ist natürlich die Argumentation insofern meines Erachtens unzulässig, als diese Intervention, die jetzt als Vorschlag im DMP HI dann der Standard werden soll, in keiner Studie bislang getestet worden ist. Das heißt, das, was vorliegt – und das hat das IQWiG-Gutachten ja sehr eindrucksvoll betont –, ist ein strukturiertes telefonunterstütztes Patientencoaching für eine bestimmte vulnerable Gruppe, das hat Frau Baum gerade ausgeführt. Und dies als zusätzliches barrierefreies und auch wenig kostenintensives Element zusätzlich aufzunehmen halte ich für unbedingt gegeben. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Prof. (DGK). Ich frage jetzt noch mal: Herr Prof. (DDG), sind Sie da? – Das ist nicht der Fall. Dann folgt als Nächste die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Herr Prof. (DGIM).

Herr Prof. (DGIM): Ich möchte mich dem von Prof. (DGK) Gesagten anschließen, wir haben uns auch der Stellungnahme der DGK angeschlossen.

Ich möchte noch einen Punkt machen: Die Technologie ist nicht das Entscheidende, sondern das, was dahintersteht. Das heißt, es muss ein sehr engagiertes Management dahinterstehen. Das heißt, die Ärzte und Ärztinnen, die das Programm dann machen, müssen sich auch wirklich intensiv mit Herzinsuffizienz beschäftigen, das gilt für Hausärzte, aber auch für Kardiologen, egal wo das aufgehängt ist. Also wir haben da wissenschaftliche Erfahrungen seit 20 Jahren, Prof. (DGK) in Würzburg trainiert heute noch die Nurses. Ich denke, das ist ein ganz wichtiger

Punkt, denn wir haben gesehen, dass Studien, die eine hochkarätige Technologie haben, aber nichts dahinter sozusagen, was dann die Daten, die da gesammelt werden, wieder zurück an den Patienten bringt, die waren eben auch negativ. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (DGIM). – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation. Wem darf ich das Wort geben? – Da ist tatsächlich auch niemand gekommen. Dann folgt der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung, Frau Dr. (SVDGV).

Frau Dr. (SVDGV): Genau (SVDGV), SVDGV, guten Tag. Ich bedanke mich herzlich für Ihre Einladung. Wir haben unserer Stellungnahme nichts hinzuzufügen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau Dr. (SVDGV). – Und als Letzte ist Pharma Deutschland an der Reihe. Herr Dr. (Pharma Deutschland).

Herr Dr. (Pharma Deutschland): Schönen guten Tag zusammen. Wir haben zu unserer eingegangenen Stellungnahme nur noch einmal hervorzuheben, dass natürlich diese Einführung eines individualisierten Managementprogramms auch einer Evaluierung bedarf, um entsprechende Kenntnisse aus der individualisierten Betreuung wiederum in die Verbesserung der Leitlinie oder auch dem DMP einfließen zu lassen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Dr. (Pharma Deutschland). – Damit sind wir zunächst mal mit den Stellungnahmen durch. Jetzt schaue ich in die Runde. – Frau (KBV) hat sich für die KBV gemeldet.

Frau Dr. (KBV): Ich habe eine Rückfrage an Herrn Prof. (DGK). Zum einen hatten Sie gesagt, Sie beziehen sich bei Ihrer Kritik zu der Argumentation, die Kontrollgruppe hat ja schon DPM-Versorgung, auf die KBV. Ich glaube, das ist ein Irrtum. Sie beziehen sich auf die GKV, auf die Tragenden Gründe der GKV.

Herr Prof. (DGK): Völlig richtig, das war ein Versprecher meinerseits, das bitte ich zu entschuldigen. Ich wollte das jetzt nicht ins falsche Licht rücken, sondern genau umgekehrt, das war die GKV-Seite, ja, sorry.

Frau Dr. (KBV): Okay. – Und dann habe ich noch eine zweite Frage zu Ihrer schriftlichen Stellungnahme: Sie haben dort betont, dass Sie das rein schrittmacherbasierte Telemonitoring nicht als Monitoring für Herzinsuffizienz ansehen, das haben Sie dort extra hineingeschrieben. Können Sie das noch mal erläutern?

Herr Prof. (DGK): Das Monitoring eines Rhythmus-Devices ist zunächst mal das Monitoring eines Rhythmus-Devices. Das heißt, wenn eine Änderung auftaucht, die pathologisch ist, kann man auf diese Rhythmusänderung reagieren. Und hin und wieder kann es durchaus sein, dass damit auch eine Verschlechterung der Herzinsuffizienz als solche vergesellschaftet ist. Aber es ist im Leben dieser Versorgungsform meines Erachtens ein Strickfehler darin, weil Sie einen Rhythmus wahrnehmen und suggerieren, dass Sie das Syndrom Herzinsuffizienz damit monitoren. Das ist sachlich richtig und führt zu einer Fehlinterpretation, die sich dann auch in dem aktuellen Telemonitoring-HI-Gesetz wiederfindet und die zu inhaltlichen, aber auch zu faktisch administrativen bis hin zu finanztechnischen Störungen führt.

Viel besser wäre es gewesen, es klar zu trennen. Da gibt es natürlich eine Überschneidungsgruppe, die Herzinsuffizienzprobleme und Rhythmusprobleme gemeinsam haben und wo natürlich dann auch die Rhythmusinformationen ein zusätzliches Element darstellen. Aber das Rhythmus-Monitoring und das Herzinsuffizienz-Monitoring gleichzusetzen, das ist ein integraler Denk- und Sprachfehler.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Prof. (DGK). – Gibt es weitere

Fragen? Frau (GKV-SV) vom GKV-Spitzenverband.

Frau (GKV-SV): Vielen Dank. Wir hätten noch eine Frage in Richtung DEGAM, aber gern auch an die anderen Stellungnehmenden. Und zwar haben Sie in Ihrer Stellungnahme und auch gerade eben noch einmal ausgeführt, dass Sie das Angebot eines individualisierten Managements durch die Hausarztpraxis oder auch im Rahmen von Hausbesuchen befürworten würden. Können Sie uns mit Blick aus dem Versorgungsgeschehen berichten, wie Sie sich den konkreten Ablauf oder auch die Ausgestaltung des Telefonsupports vorstellen oder auch wünschen würden?

Frau Prof. (DEGAM): Ja, da gibt es ja die – –

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Liebe Frau Prof. (DEGAM), ich rufe auf. Sie sind an der Reihe. Ansonsten kommen wir mit dem Protokoll durcheinander.

Frau Prof. (DEGAM): Also noch mal (DEGAM) von der DEGAM.

Da gibt es ja die Studien aus Heidelberg, die vor allen Dingen auch bei integriertem Telefonsupport Nachweise gezeigt haben, dass davon Patientinnen und Patienten profitieren. Also hier insbesondere eben über entsprechend geschulte medizinische Fachangestellte, die diese Telefonanrufe durchführen und dann eben sehen können: Gibt es hier Probleme? – Und eben weit über das hinaus, was zum Beispiel diese Rhythmuserfassung ist. Sondern wirklich zu sehen: Wie sieht es denn mit der Adhärenz jetzt aus? Gibt es irgendwelche Symptome, die vielleicht doch mit der Herzinsuffizienz auch zusammenhängen? Also diese Studien gibt es aus der Heidelberger Abteilung für Allgemeinmedizin, die haben wir auch beigefügt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Prof. (DEGAM). – Frau (GKV-SV), hatten Sie noch jemanden speziell im Blick? – Gut. Gibt es weitere Fragen? – Das ist offensichtlich nicht der Fall. Dann darf ich Ihnen, die Sie für die Anhörung zur Verfügung gestanden haben, sehr herzlich für Ihre Zeit danken, entschuldige mich noch einmal für die Verspätung und dann würden wir Sie jetzt verabschieden und tagen dann nichtöffentlich weiter. Herzlichen Dank und einen schönen Tag Ihnen allen noch!

Schluss der Anhörung: 12:07 Uhr