

Anforderungen an ein Modul  
**„Chronische Herzinsuffizienz“**  
für strukturierte Behandlungsprogramme  
für Koronare Herzkrankheit (KHK)

**Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses  
gemäß §137f Abs. 2 SGB V für die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)</b>	<b>3</b>
1.1	Definition der chronischen Herzinsuffizienz	3
1.2	Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe	3
1.3	Therapieziele	3
1.4	Therapeutische Maßnahmen	4
1.4.1	Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen	4
1.4.2	Medikamentöse Therapie	4
1.4.3	Spezielle interventionelle Maßnahmen	6
1.5	Monitoring	7
1.6	Kooperation der Versorgungsebenen	7
1.6.1	Überweisung vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin zum jeweils qualifizierten Facharzt/zur qualifizierten Fachärztin bzw. zur qualifizierten Einrichtung	7
1.6.2	Einweisung in ein Krankenhaus	8
1.6.3	Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme	8
<b>2</b>	<b>Qualitätssichernde Maßnahmen (§137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)</b>	<b>9</b>
4.1	Schulungen der Leistungserbringer	9
4.2	Schulungen der Versicherten	9
<b>5</b>	<b>Evaluation (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)</b>	<b>10</b>

# **1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)**

## **1.1 Definition der chronischen Herzinsuffizienz**

Die chronische Herzinsuffizienz ist die Unfähigkeit des Herzens, den Organismus mit ausreichend Blut und damit mit genügend Sauerstoff zu versorgen, um den Stoffwechsel unter Ruhe- wie unter Belastungsbedingungen zu gewährleisten (WHO-Definition 1995)<sup>1</sup>.

Pathophysiologisch liegt eine multisystemische Störung vor, die unter anderem durch die Dysfunktion der Herz- und Skelettmuskulatur sowie der Nierenfunktion charakterisiert ist<sup>2</sup>.

Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome wie z.B. Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungsminderung) und/oder Flüssigkeitsretention auf dem Boden einer kardialen Funktionsstörung bestehen<sup>1</sup>.

## **1.2 Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe**

Zur Zielgruppe gehören Patienten mit koronarer Herzkrankheit und chronischer Herzinsuffizienz bei systolischer Dysfunktion, die sich in einer Einschränkung der linksventrikulären Auswurfleistung (Ejektionsfraktion, LVEF) auf unter 40 % manifestiert. Die LVEF muss durch ein bildgebendes Verfahren (z.B. Echokardiographie, Ventrikulographie, Kardio-MRT) bestimmt worden sein.

Ausgehend vom strukturierten Behandlungsprogramm für KHK sollen Patienten mit einer klinischen Symptomatik, die auf eine Herzinsuffizienz hinweist (z.B. Dyspnoe, Leistungsminderung, Flüssigkeitsretention), einer gezielten Diagnostik (primär Echokardiographie) zugeführt werden. Auch asymptomatische Patienten sollten gemäß den Modulhalten behandelt werden, wenn eine Einschränkung der LVEF auf unter 40 % bereits nachgewiesen wurde.

## **1.3 Therapieziele**

Eine Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Die Lebensqualität ist besonders durch eine Einschränkung der Belastbarkeit und eine hohe Hospitalisationsrate vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

1. Reduktion der Sterblichkeit (entsprechend dem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK),

---

<sup>1</sup> vergl. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung. Hoppe UC, Böhm M, Dietz R, Hanrath P, Kroemer HK, Osterspey A, Schmaltz AA, Erdmann E. Leitlinie zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. Z Kardiol 2005; 94: 488-509

<sup>2</sup> vergl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Muth C, Gensichen J, Butzlaff M. DEGAM-Leitlinie Nr. 9: Herzinsuffizienz, Teil 2 - Evidenz und Rationale. omikron publishing Düsseldorf 2006

2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung/Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung,
3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Hospitalisationen und Steigerung/Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

## **1.4 Therapeutische Maßnahmen**

### **1.4.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen**

Bei stabiler Herzinsuffizienz ist ein regelmäßiges, individuell angepasstes körperliches Training unter Berücksichtigung von Kontraindikationen (z. B. frischer Herzinfarkt oder Myokarditis) generell zu empfehlen.

Die Flüssigkeitsaufnahme sollte sich am klinischen Zustand der Patienten und an deren Nierenfunktion orientieren. Eine Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme auf 1,5 bis 2 Liter pro Tag ist bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz, anhaltenden Stauungszeichen, Hypervolämie und/oder Hyponatriämie zu erwägen. Eine exzessive Flüssigkeitsaufnahme ist zu vermeiden.

Eine moderate Beschränkung der Kochsalzaufnahme ist insbesondere bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz zu empfehlen.

### **1.4.2 Medikamentöse Therapie**

Ausgehend vom strukturierten Behandlungsprogramm für KHK sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen vorrangig Medikamente zur Behandlung der Herzinsuffizienz verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele in randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) nachgewiesen wurden.

Die nachfolgenden Empfehlungen konkretisieren oder ergänzen die Therapieempfehlungen in Ziffer 1.5.2 des strukturierten Behandlungsprogramms für KHK.

- Therapie mit Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmer):

Alle Patienten sollten unabhängig vom Schweregrad der Herzinsuffizienz einen ACE-Hemmer erhalten, da eine Behandlung mit ACE-Hemmern Prognose und Symptomatik der Erkrankung verbessert. In Konkretisierung von Ziffer 1.5.2 Nr. 5 der Empfehlungen zum strukturierten Behandlungsprogramm für KHK sollen ACE-Hemmer verwendet werden, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Patienten mit Herzinsuffizienz belegt ist.

Die jeweilige Zieldosis ist durch eine langsame Steigerung der Dosierung anzustreben. Wenn die optimale Zieldosis nicht erreicht wird, erfolgt die Behandlung in der maximal vom Patienten bzw. der Patientin tolerierten Dosis.

- Therapie mit Beta-Rezeptorenblockern (Betablocker):

Alle klinisch stabilen Patienten sollten einen Betablocker erhalten. In Konkretisierung von Ziffer 1.5.2 Nr. 1 der Empfehlungen zum strukturierten Behandlungsprogramm für KHK sollen Betablocker verwendet werden, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Patienten mit Herzinsuffizienz belegt ist.

Die jeweilige Zieldosis ist durch eine langsame Steigerung der Dosierung anzustreben. Wenn die optimale Zieldosis nicht erreicht wird, erfolgt die Behandlung in der maximal vom Patienten bzw. der Patientin tolerierten Dosis.

Die Dosierung von ACE-Hemmern und von Betablockern ist bei symptomatischer Hypotonie entsprechend anzupassen, so dass die Behandlung vom Patienten bzw. von der Patientin toleriert wird. Dabei ist zu beachten, dass vor einer Dosisreduktion aufgrund einer symptomatischen Hypotonie zunächst die Dosierung der übrigen blutdrucksenkenden Begleitmedikation reduziert wird (siehe Ziffer 1.6).

- Therapie mit Angiotensin II-Antagonisten (AT1-Rezeptorantagonisten):

Bei Patienten, die eine Behandlung mit ACE-Hemmern aufgrund eines durch ACE-Hemmer bedingten Hustens nicht tolerieren, kann der Wechsel auf einen AT1-Rezeptorantagonisten zur Beschwerdeverbesserung oder zur Beschwerdefreiheit führen. In diesem Fall können AT1-Rezeptorantagonisten verwendet werden, für die ein Nutzen bei Patienten mit Herzinsuffizienz belegt ist.

- Therapie mit Aldosteron-Antagonisten:

Patienten mit einer LVEF unter 35 %, die trotz optimaler Therapie mit ACE-Hemmer und Betablocker und Diuretikum im Stadium NYHA III-IV sind, sollten additiv mit Spironolacton in niedriger Dosierung behandelt werden. Es ist zu beachten, dass mit steigender Dosierung die Gefahr einer Hyperkaliämie zunimmt. Daher sind in diesem Fall engmaschigere Kontrollen des Serum-Kaliums erforderlich. Voraussetzung ist, dass bei Therapiebeginn das Serum-Kreatinin unter 2,5 mg/dl und das Serum-Kalium unter 5 mmol/l liegen. Nach einem Herzinfarkt kann anstelle von Spironolacton Eplerenon gegeben werden.

- Therapie mit Diuretika:

Alle Patienten, die Stauungszeichen aufweisen, sollen mit Diuretika behandelt werden, da Diuretika die einzige Therapieoption zur Kontrolle des Volumenstatus darstellen. In Kombination mit der mortalitätssenkenden Therapie soll die zur Symptomkontrolle niedrigste erforderliche Dosis verwendet werden. Der Nutzen ist belegt für Schleifendiuretika und Thiaziddiuretika.

- Therapie mit Herzglykosiden (Digitalis):

Patienten, die trotz Therapie mit einem Betablocker ein chronisches tachykardes Vorhofflimmern aufweisen, sollten zusätzlich mit Digitalis behandelt werden. Für Patienten mit Sinusrhythmus stellt Digitalis lediglich ein Reservemedikament dar und sollte bei diesen Patienten nur gegeben werden, wenn sie trotz Ausschöpfung der vorgenannten medikamentösen Therapie weiterhin im Stadium NYHA III-IV sind.

- Orale Antikoagulationstherapie:

Bei chronischem oder paroxysmalem Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz besteht ein besonders hohes Risiko für thromboembolische Ereignisse, so dass hier in der Regel eine effektive orale Antikoagulation (INR 2-3) durchzuführen ist. In diesem Fall sollte die wegen KHK durchgeführte Thrombozytenaggregationshemmung in der Regel beendet und auf die orale Antikoagulation umgestellt werden. Über eine in besonderen Situationen (z. B. Stent-Implantation) dennoch indizierte Kombinationstherapie ist in Kooperation mit der qualifizierten Fachärztin oder dem qualifizierten Facharzt bzw. der qualifizierten Einrichtung zu entscheiden. Eine orale Antikoagulation ist bei bestehendem Sinusrhythmus im Allgemeinen nicht indiziert.

### 1.4.3 Spezielle interventionelle Maßnahmen

Ergänzend zur medikamentösen Therapie und zu den allgemeinen nicht-medikamentösen Maßnahmen sollte die Indikation zur Durchführung spezieller interventioneller Maßnahmen individuell geprüft werden. Dabei sind der Allgemeinzustand des Patienten bzw. der Patientin und die Möglichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität sowie die Lebenserwartung und ggf. vorliegende Begleiterkrankungen, welche Lebensqualität und Lebenserwartung beeinträchtigen, zu berücksichtigen. Die Entscheidung ist gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und in Kooperation mit der qualifizierten Fachärztin oder dem qualifizierten Facharzt bzw. der qualifizierten Einrichtung auf der Basis einer individuellen Nutzen-Risikoabschätzung vorzunehmen.

Zu den speziellen interventionellen Maßnahmen zählen insbesondere die kardiale Resynchronisationstherapie und die Therapie mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren.

#### 1.4.3.1 Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)

Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz können unter bestimmten Voraussetzungen von einer kardialen Resynchronisationstherapie bezüglich Symptomatik und Sterblichkeit profitieren. Bei Patienten mit einer LVEF unter 35 % und Sinusrhythmus und entweder einem kompletten Linksschenkelblock oder einer echokardiographisch nachgewiesenen ventrikulären Dyssynchronie mit breiten QRS-Komplexen ( $\geq 120$  ms), die trotz optimaler medikamentöser Therapie hochgradig symptomatisch sind (Stadium NYHA III-IV), sollte eine Abklärung der Indikation zur CRT erfolgen.

#### 1.4.3.2 Therapie mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)

Unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten bzw. der Patientin können Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz unter bestimmten Voraussetzungen von der Implantation eines ICD profitieren. In folgenden Situationen sollte geprüft werden, ob die Patientin oder der Patient von einer ICD-Implantation zur Verhinderung lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen profitieren kann:

Zur Prävention eines erneuten Ereignisses:

- Patienten nach überlebtem HerzKreislaufstillstand, Kammerflimmern oder Auftreten von Kammertachykardien,
- Patienten mit einer LVEF unter 40 % nach Synkope (keine EKG-Dokumentation zum Zeitpunkt des Ereignisses), nachdem andere Ursachen als eine ventrikuläre Tachykardie ausgeschlossen wurden.

Zur Prävention eines erstmaligen Ereignisses:

- Patienten mit einer LVEF unter 30-35 % und Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II-III. Bei Patienten in der chronischen Postinfarktphase gilt dies frühestens vierzig Tage nach dem Infarkt ereignis.

## 1.5 Monitoring

Im Rahmen des Monitorings wird der klinische Status der Patienten regelmäßig überprüft. Dabei sollen insbesondere Hinweise zur Belastbarkeit in Alltagssituationen und zum Volumenstatus erhoben werden. Um eine eventuelle Volumenbelastung rechtzeitig zu erkennen, soll das Körpergewicht regelmäßig, auch durch die Patienten selbst, kontrolliert werden.

Mit symptomatischen Patienten sollte, soweit möglich, das Protokollieren von täglichen Gewichtskontrollen vereinbart werden. Die Patienten sollten dazu aufgefordert werden, bei einem deutlichen, kurzfristigen Gewichtsanstieg (z. B. mehr als 1 Kilogramm in 24 Stunden oder mehr als 2,5 Kilogramm pro Woche) die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu konsultieren. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt sollte prüfen, ob die Patientin oder der Patient auf der Grundlage des Gewichtsprotokolls selbständige Anpassungen der Diuretikadosis (insbesondere Schleifendiuretika) vornehmen kann.

Die tatsächlich eingenommene Medikation, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie sind zu erfragen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung ist insbesondere zu achten auf:

- die Jugularvenenfüllung,
- periphere Ödeme,
- Zeichen der pulmonalen Stauung bei der Auskultation von Herz und Lunge,
- den Ernährungszustand, wobei insbesondere zu prüfen ist, ob eine eventuell vorliegende kardiale Kachexie durch eine Hypervolämie maskiert wird (und umgekehrt),
- den Blutdruck im Liegen und im Stehen
- und auf Herzrhythmus und Herzfrequenz (insbesondere als Hinweis auf neu aufgetretenes Vorhofflimmern).

In mindestens halbjährlichen Abständen sind Natrium, Kalium und Kreatinin im Serum sowie die Nierenfunktion durch Berechnung der glomerulären Filtrationsrate (GFR) auf Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung zu kontrollieren. Häufigere Kontrollen können insbesondere bei einer Therapieänderung erforderlich sein.

Eine routinemäßige Röntgen-Thorax-Kontrolle, eine routinemäßige Langzeit-EKG-Kontrolle, die Bestimmung des Digitalisspiegels bei Therapie mit Herzglykosiden oder die Bestimmung natriuretischer Peptide (BNP) gehören nicht zum Monitoring.

## 1.6 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Bestimmungen von Ziffer 1.7 der Empfehlungen zum strukturierten Behandlungsprogramm für KHK gelten entsprechend. Ergänzend sind folgende Hinweise zur Überweisung der Patienten zu beachten:

### 1.6.1 Überweisung vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin zum jeweils qualifizierten Facharzt/zur qualifizierten Fachärztin bzw. zur qualifizierten Einrichtung

In Ergänzung zu den im strukturierten Behandlungsprogramm für KHK aufgeführten Indikationen und Anlässen hat der Arzt oder die Ärztin zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiter-

ten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Fachärztin bzw. zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- Bei Fortschreiten der chronischen systolischen Herzinsuffizienz trotz individuell angepasster Therapie gemäß Ziffern 1.4.1 und 1.4.2,
- falls erforderlich zur Erreichung einer optimalen medikamentösen Therapie gemäß Ziffer 1.4.2,
- zur Kontrolle mittels Echokardiographie bei relevanten Verschlechterungen des klinischen Zustandes der Patientin oder des Patienten,
- zur Abklärung von Indikationen für spezielle interventionelle Maßnahmen gemäß Ziffern 1.4.3.1 und 1.4.3.2 zu einem diesbezüglich qualifizierten Facharzt oder zu einer diesbezüglich qualifizierten Fachärztin bzw. zu einer diesbezüglich qualifizierten Einrichtung,
- zur Abklärung einer Transplantationsindikation.

Der jeweils qualifizierte Facharzt oder die qualifizierte Fachärztin bzw. die qualifizierte Einrichtung soll nach Möglichkeit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin Empfehlungen zur weiteren individuellen Anpassung der Dosierung der medikamentösen Herzinsuffizienz-Behandlung sowie des Körpergewichts bzw. des Volumenstatus aussprechen.

Im Übrigen entscheidet der Arzt oder die Ärztin nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

#### 1.6.2 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur stationären Behandlung von Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz in einer stationären Einrichtung sind insbesondere

- akute oder chronische Dekompensation,
- Durchführung von speziellen interventionellen Maßnahmen gemäß Ziffern 1.4.3.1 und 1.4.3.2 in diesbezüglich qualifizierten Einrichtungen.

Im Übrigen gelten die Bestimmungen von Ziffer 1.7.3 der Empfehlungen zum strukturierten Behandlungsprogramm für KHK.

Die stationäre Einrichtung soll dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin bei Entlassung des Patienten oder der Patientin Empfehlungen zur weiteren individuellen Anpassung der Dosierung der medikamentösen Herzinsuffizienz-Behandlung sowie des Körpergewichts bzw. des Volumenstatus aussprechen.

#### 1.6.3 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Es gelten die Bestimmungen von Ziffer 1.7.4 der Empfehlungen zum strukturierten Behandlungsprogramm für KHK.

Die Rehabilitations-Einrichtung soll dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin bei Entlassung des Patienten oder der Patientin Empfehlungen zur weiteren individuellen Anpassung der Dosierung der medikamentösen Herzinsuffizienz-Behandlung, des Körpergewichts bzw. des Volumenstatus sowie der körperlichen Belastbarkeit aussprechen.

## **2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V)**

Die Bestimmungen von Ziffer 2.2 der Empfehlungen zum strukturierten Behandlungsprogramm für KHK gelten entsprechend.

## **3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)**

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer Teilnahme am Modul Chronische Herzinsuffizienz profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz können am Modul teilnehmen, wenn sie die in Ziffer 1.2 genannten Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe erfüllen. Im Übrigen richten sich die Teilnahmevoraussetzungen und die Dauer der Teilnahme der Versicherten nach den jeweils geltenden Bestimmungen der Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das strukturierte Behandlungsprogramm für KHK.

## **4 Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)**

Die Ausführungen zu Ziffer 4 der Anlage 1 gelten entsprechend.

### **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen u. a. auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Empfehlungen zum strukturierten Behandlungsprogramm für KHK ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmeachweisen abhängig machen.

### **4.2 Schulungen der Versicherten**

Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen.

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (u. a. Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

## **5 Evaluation (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)**

Eine gesonderte Evaluation für das Modul Chronische Herzinsuffizienz erfolgt nicht.

Die Evaluation erfolgt im Rahmen der Evaluation des strukturierten Behandlungsprogramms für KHK.