

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

**Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 8a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V**

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals die Anforderungen an ein Modul „Chronische Herzinsuffizienz“, welches die Empfehlungen für strukturierte Behandlungsprogramme für KHK ergänzen soll.

Gemäß § 91 Abs. 8a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und den auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, die die Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie die Interessen sonstiger Leistungserbringer vertreten, Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Anforderungen Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Empfehlungen berührt sind.

Da die stellungnahmeberechtigten Organisationen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V nicht eindeutig benannt sind, hatte der Gemeinsame Bundesausschuss alle potentiell stellungnahmeberechtigten Organisationen in öffentlicher Bekanntmachung (Bundesanzeiger Nr. 107, S. 4296, vom 09.06.2006 sowie Veröffentlichung im Internet) aufgefordert, sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu melden, sofern sie ihre Belange durch die Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen (DMP) berührt sehen und sich am Stellungnahmeverfahren beteiligen möchten. Der Kreis der allgemein zu DMP stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde auf Grundlage von § 32 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Prüfung der eingegangenen Meldungen ermittelt und mit Beschluss vom 10. Mai sowie 18. Oktober 2007 öffentlich bekanntgegeben (Bundesanzeiger Nr. 103, S. 5716, vom 06.06.2007 und Nr. 219, S. 8107, vom 23.11.2007 sowie Veröffentlichung im Internet). Darüber hinaus wurden auf Grundlage von § 31 Abs. 2 der Verfahrensordnung weitere Organisationen indikationsspezifisch zur chronischen systolischen Herzinsuffizienz im Einzelfall um eine Stellungnahme gebeten. Die relevanten medizinischen Fachgesellschaften wurden über die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einbezogen.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 8. November 2007 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von Stellungnahmen endete am 10. Dezember 2007.

II. Stellungnahmen

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

- Bundespsychotherapeutenkammer,
- Bundesärztekammer,
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM),
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR),
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK).

Der Inhalt der Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion in der zuständigen Arbeitsgruppe und im Unterausschuss DMP gewürdigt (siehe Anhang).

Außerhalb des regulären Stellungnahmeverfahrens wurden keine weiteren Stellungnahmen zur Verfügung gestellt.

III. Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen

Siehe Anhang.

Anhang: Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 8a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V zum Modul Chronische Herzinsuffizienz / DMP KHK

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
1	Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) 10.12.2007	Ziffer 4.2, Abs. 2 Satz 1: Ergänzungsvorschlag: 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, <i>Depression</i>) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann.	Hohe Prävalenz der Depression bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (Jacobi et al. 2004); bei ambulanten Patienten zwischen 11 % und 25 % und bei stationären Patienten zwischen 35 % und 70 % (O'Connor und Joynt 2004). Das Vorliegen einer depressiven Störung beeinflusst den Krankheitsverlauf negativ (Jünger et al. 2001), und trotz großer Fortschritte in der medikamentösen Therapie ist die Rehospitalisierungsrate extrem hoch, daher wird ein spezifisches kardiologisch-psychosomatisches Trainingsprogramm in einem Teilprojekt des nationalen Kompetenznetzes „Chronische Herzinsuffizienz“ (www.knhi.de) entwickelt. Der Nutzen wird derzeit evaluiert. Bei entsprechendem Nutzenachweis sollten auch psychologische Trainingsprogramme in ein DMP aufgenommen werden.	Nein	Es werden nur evaluierte und akkreditierte Schulungen beispielhaft genannt. Solange für Schulungen zur Depression kein Nutznachweis erbracht ist, wird auf deren explizite Nennung verzichtet. Sobald allerdings eine Evaluation erfolgt ist, wird im Rahmen der Aktualisierung des DMP-Moduls die Empfehlung erneut geprüft. Es ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass zukünftige Schulungsprogramme für Herzinsuffizienz ggf. auch psychosomatische, psychotherapeutische bzw. psychologische Komponenten einschließen.
2	Bundesärztekammer (BÄK) 10.12.2007	2.1 Die Verabschiedung des Entwurfs sollte bis zur Veröffentlichung der NVL Herzinsuffizienz (2008) zurückgestellt und die NVL als Grundlage für das DMP-Modul genutzt werden.		Nein	Kein inhaltlicher Änderungsvorschlag. Die Empfehlungen des DMP-Moduls basieren auf nationalen und internationalen evidenzbasierten Leitlinien. Neue Leitlinien werden bei zukünftigen Aktualisierungen der Empfehlungen berücksichtigt.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	BÄK	<p>2.2 Ziffer 1.4.3.2: Verzicht auf die Einteilung der Präventionsstufen (primäre bzw. sekundäre Prävention). Die Indikationen sollten stattdessen ohne Differenzierung in Primär- und Sekundärprävention aufgelistet werden.</p>	Es sind unterschiedliche Definitionen der Begriffe möglich bzw. gebräuchlich. Unter Primärprävention sind alle Aktivitäten zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen <u>vor</u> Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung zu verstehen.	Ja	Die Formulierung wurde angepasst: Statt Sekundärprävention: „Zur Prävention eines erneuten Ereignisses“, statt Primärprävention: „Zur Prävention eines erstmaligen Ereignisses“.
		<p>2.3 Ziffer 1.4.3.2: Die Bedeutung der langfristig optimierten medikamentösen Therapie sollte als Kriterium hervorgehoben werden (wie auch in der AHA-Leitlinie ausgeführt).</p>		Nein	Der Hinweis wird bereits im Einleitungssatz zur Ziffer 1.4.3. für alle speziellen interventionellen Maßnahmen gegeben. Die Optimierung der mortalitätssenkenden Therapie wird in Ziffer 1.4.2 umfassend dargestellt.
		<p>2.4 Ziffer 1.4.3.2: Es könnte zudem darauf hingewiesen werden, dass laut Subgruppenanalyse der SCD-HeFT-Studie Patienten im Stadium NYHA III nicht von einer primären ICD-Implantation profitieren.</p>		Nein	Es gibt zwar einen Anhalt dafür, dass Patienten im Stadium NYHA II eher von einer primären ICD-Implantation profitieren, als Patienten im Stadium NYHA III, Patienten im Stadium NYHA III können jedoch aufgrund der Studienlage nicht per se ausgeschlossen werden. Die Studienlage ist heterogen. Nach der MADIT II-Studie profitieren auch KHK-Patienten mit Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III. Die Empfehlung des DMP-Moduls orientiert sich an den Leitlinienempfehlungen, denen die genannten Studien zugrunde liegen.
		<p>2.5 Ziffer 1.4.3.2: Die AHA-Leitlinie stuft diejenigen Maßnahmen, die im DMP-Modul unter „Sekundärprävention“ genannt sind, mit höherer Evidenz ein, als die unter „Primärprävention“ genannte Maßnahme.</p>		Nein	Die Aussage ist nicht zutreffend. Die zitierte Leitlinie empfiehlt bei KHK-Patienten beide Maßnahmen gleichermaßen mit LoE A.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	BÄK	<p>2.6 Ziffer 1.4.3.2: Aus den Tragenden Gründen sollte der Hinweis, dass die Entscheidung über die Implantation eines CRT- oder ICD-Systems in gemeinsamer Bewertung und Diskussion zwischen Herzinsuffizienz- und Arrhythmie-Spezialisten zu treffen ist, in die Anforderungen übernommen werden.</p>		Nein	Eine individuelle Prüfung in enger Kooperation zwischen Haus- und Facharzt gemeinsam mit dem Patienten wird bereits im Einleitungstext zu Ziffer 1.4.3 gefordert.
		<p>2.7 Ziffer 1.4.3.2: Die Einrichtung eines Registers für ICD zur Realisierung wirksamer Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollte erwogen werden.</p>		Nein	Es handelt sich zwar um eine prinzipiell sinnvolle Anregung, die Einrichtung eines Registers kann jedoch nicht im Rahmen von DMP erfolgen. Stattdessen ist zu prüfen, inwieweit ein ICD-Register im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung zu realisieren ist. Im Begründungstext zum DMP-Modul wird auf die internationale Forderung nach Einrichtung eines ICD-Implantatregisters hingewiesen.
3	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) 11.12.2007	<p>3.1 Ziffer 1.4.1, Abs. 1: Ein höhergradiges Vitium sollte als Kontraindikation für körperliches Training erwähnt werden.</p>		Nein	Es sind nur beispielhaft Kontraindikationen aufgeführt, die im Zusammenhang mit der systolischen Herzinsuffizienz bei KHK stehen. Eine vollständige Aufzählung von Kontraindikationen entspricht nicht dem Zweck eines DMP bzw. DMP-Moduls. Kontraindikationen, die als selbstverständlich aufzufassen sind, oder Kontraindikationen, die andere Patientengruppen betreffen (z. B. Herzvitien), werden nicht gesondert aufgeführt. Die Berücksichtigung von Kontraindikationen gehört allgemein zur ärztlichen Sorgfaltspflicht und muss nicht speziell gefordert werden.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	DEGAM	<p>3.2 Ziffer 1.4.2: Die eingeschränkte Übertragbarkeit der Evidenz (Alter des Patienten) und der relativen (z. B. leichtgradige Niereninsuffizienz) und absoluten Kontraindikationen (z. B. ACE-Hemmer und AT1-Rezeptorantagonisten bei höhergradiger Aortenklappenstenose oder höhergradiger Niereninsuffizienz) sollten deutlicher hervorgehoben werden.</p>	Peters-Klimm F et al. Guideline adherence for pharmacotherapy of chronic systolic heart failure in general practice: a closer look on evidence-based therapy. Clin Res Cardiol 2007	Nein	Zur Berücksichtigung von Kontraindikationen siehe Nr. 3.1. Zur Problematik der Niereninsuffizienz siehe Nr. 3.10.
		<p>3.3 Ziffern 1.4.3 und 1.6.1: Der individuellen Entscheidungsfindung mit dem Patienten muss Rechnung getragen werden, insbesondere bezogen auf die Palliativsituation, z. B. Elektroschockgabe bei nicht (mehr) vorhandenem Lebenswunsch bzw. Dauerreanimation bei infauster Prognose des Patienten. Bei der Entscheidungsfindung sollten mehrere beratende Kontakte unter Einbeziehung des Hausarztes stattfinden. Eine krankheitsorientierte, fachspezialistische Perspektive allein ist nicht ausreichend und zieht zudem potentielle Interessenskonflikte des fachspezialistischen Leistungserbringers nach sich.</p>	Sears SF, Jr. et al. Examining the psychosocial impact of implantable cardioverter defibrillators: a literature review. Clin Cardiol 1999; 22: 481-9 Sola CL, Bostwick JM. Implantable cardioverter-defibrillators, induced anxiety, and quality of life. Mayo Clin Proc 2005; 80: 232-7	Nein	Eine individuelle Prüfung unter Einbeziehung des Hausarztes wird bereits grundsätzlich in der Einleitung zu Ziffer 1.4.3 gefordert.
		<p>3.4 Ziffern 1.4.3 und 1.6.1: Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse zur CRT ist zu überprüfen, da die zitierten Studien auf ätiologisch heterogenen Kollektiven basieren (nicht-ischämische Ursachen bei einem Großteil der Patienten).</p>	McAlister FA et al. Cardiac Resynchronization Therapy for Patients With Left Ventricular Systolic Dysfunction: A Systematic Review. JAMA 2007; 297: 2502-14	Nein	Die zitierte Publikation kommt auf Basis des zu Grunde liegenden HTA-Berichts zu einer positiven Bewertung und bekräftigt den Nutzen der CRT. Eine individuelle Prüfung, ob der Patient von einer CRT profitiert, wird darüber hinaus in Ziffer 1.4.3 gefordert.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	DEGAM	Effekte der CRT sind ebenfalls kritisch zu prüfen.			
		<p>3.5 Ziffern 1.4.3 und 1.6.1: Hinsichtlich der Kosten-Effektivität von ICD-Therapien zur Sekundärprävention gibt es bislang heterogene Ergebnisse (\$34,900 je QUALY in MADIT, \$70,200 in SCD-HeFT, \$235,000 in MADIT II).</p>	<p>Sanders GD, Hlatky MA, Owens DK. Cost-Effectiveness of Implantable Cardioverter-Defibrillators. N Engl J Med 2005; 353: 1471-80</p> <p>Zwanziger J et al. The Cost Effectiveness of Implantable Cardioverter-Defibrillators: Results From the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial (MADIT)-II. Journal of the American College of Cardiology 2006; 47: 2310-8</p> <p>McAlister FA. Device therapy in heart failure. BMJ 2007; 335: 895-6</p>	Nein	Kein inhaltlicher Änderungsvorschlag. Der Kostenaspekt ist nicht primäres Kriterium bei der Formulierung von Empfehlungen für ein DMP bzw. DMP-Modul. Die Empfehlungen basieren auf evidenzbasierten Leitlinien bzw. der besten, verfügbaren Evidenz. Kosten bezogen auf QUALY sind diesbezüglich im deutschen Versorgungskontext nicht bekannt.
		<p>3.6 Ziffern 1.4.3 und 1.6.1: Hinsichtlich der ICD-Therapie zur Primärprävention wird in der neueren Stellungnahme [Literatur] eine LVEF von nur $\leq 35\%$, nicht $\leq 30\%$ angegeben.</p>	<p>McAlister FA. Device therapy in heart failure. BMJ 2007; 335:895-6</p>	Ja	Die Formulierung wurde angepasst: „Patienten mit einer LVEF unter 30-35 %“.
		<p>3.7 Ziffern 1.4.3 und 1.6.1: Allgemein gilt derzeit, dass ungefähr zwei Drittel der Patienten mit einem ICD nie eine therapeutische Entladung erhielten, und es erhalten nur geschätzte 10% der Patienten mit ICD zur Primärprävention eine therapeutische Entladung und überleben wenigstens ein Jahr.</p>	<p>Ezekowitz JA et al. Systematic Review: Implantable Cardioverter Defibrillators for Adults with Left Ventricular Systolic Dysfunction. Ann Intern Med 2007; 147: 251-62</p> <p>Stevenson LW. Implantable Cardioverter-Defibrillators for Primary Prevention of Sudden Death in Heart Failure: Are There Enough Bangs for the Bucks? Circulation 2006;114: 101-3</p>	Nein	Kein inhaltlicher Änderungsvorschlag.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	DEGAM	3.8 Ziffern 1.4.3 und 1.6.1: Einrichtung eines Registers, um die bestmögliche Evaluation von Langzeitergebnissen zu ermöglichen.		Nein	Siehe Nr. 2.7 (BÄK)
		3.9 Ziffer 1.5: Der Nutzen von regelmäßigen Natriumkontrollen ist fraglich.	Hawkins RC. Age and gender as risk factors for hyponatremia and hypernatremia. Clinica Chimica Acta 2003; 337:169-72 Upadhyay A et al. Incidence and Prevalence of Hyponatremia. Am J of Med 2006; 119: S30-S35 Oren RM. Hyponatremia in Congestive Heart Failure. Am J of Cardiology 2005; 95: 2-7	Nein	Kein inhaltlicher Änderungsvorschlag. Expertenkonsens: Halbjährliche Messung von Natrium und Kalium ist notwendig und als Mindestanforderung zu verstehen. Eine Hyponatriämie kann auf Überwässerung hinweisen und zudem mit einer schlechteren Prognose verbunden sein.
		3.10 Ziffer 1.5: Im Rahmen des Monitorings sollte die Nierenfunktion hinsichtlich medikamentöser Therapie stärkere Berücksichtigung finden, insofern wird die Abschätzung der Kreatinin-Clearance (z. B. nach der Formel von Cockcroft und Gault) vorgeschlagen. In diesem Zusammenhang auch Gewichtskontrollen, ggf. nephrologische Kontrolle.	McAlister FA et al. Renal insufficiency and heart failure: prognostic and therapeutic implications from a prospective cohort study. Circulation 2004; 109: 1004-9 Smith GL et al. Renal impairment and outcomes in heart failure: systematic review and meta-analysis. J Am.Coll.Cardiol. 2006; 47: 1987-96 Juurlink DN et al. Rates of Hyperkalemia after Publication of the Randomized Aldactone Evaluation Study. N Engl J Med 2004; 351: 543-51	Ja	Die Formulierung wurde angepasst: „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.“ In der Begründung wird auf die Errechnung der GFR mittels MDRD-Formel hingewiesen. Regelmäßige Gewichtskontrollen sind Bestandteil des Monitorings.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
	DEGAM		Swedko PJ et al. Serum Creatinine Is an Inadequate Screening Test for Renal Failure in Elderly Patients. Arch Intern Med 2003; 163: 356-60		
		3.11 Ziffer 1.5: Konkretisierung des Begriffs "engmaschiger" Laborkontrollen [Kalium, Kreatinin], zumindest sollten Anhaltspunkte für das Kontrollintervall gegeben werden.		Nein	Ein halbjährliches Kontrollintervall ist vorgegeben. Engmaschigere Kontrollen orientieren sich an der individuellen Situation des Patienten und sind daher nicht zu standardisieren.
		3.12 Zu Ziffer 2 (Begründungstext): Ergänzung Qualitätsziel: Dokumentation des symptomatischen Patienten (d. h. mit Syndrom der Flüssigkeitsretention) anhand eines Gewichtsprotokolls. Vorschlag für einen Qualitätsindikator: Anteil der Patienten, die ein Gewichtsprotokoll führen.		Nein	Die formulierten Qualitätsziele stehen im Einklang mit der Neufassung der DMP-Dokumentation. Die Dokumentation wurde gerade auf die für alle DMP geltende Qualitätssicherung unter Beachtung des Gebots von Datensparsamkeit angepasst. Eine erneute Überprüfung erfolgt im Rahmen zukünftiger Aktualisierungen.
4	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR); erstellt durch die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) 12.12.2007	Konkrete Änderungsvorschläge liegen nicht vor. Es wird die Bedeutung der kardiologischen Rehabilitation in den Bereichen medikamentöse Therapie, körperliches Training, Edukation und psychosoziale Intervention hervorgehoben. Zugleich wird darauf hingewiesen, dass keine RCT zur Wirksamkeit der kardiologischen Rehabilitation in Bezug auf die Reduktion klinischer Endpunkte vorliegen, jedoch insgesamt aufgrund der Studienlage der Stellenwert der kardiologischen Rehabilitation positiv einzustufen ist.		Nein	Kein inhaltlicher Änderungsvorschlag. Die Ausführungen werden zustimmend zur Kenntnis genommen. Innerhalb von DMP bzw. DMP-Modulen können jedoch keine detaillierten Regelungen zur kardiologischen Rehabilitation vorgegeben werden, die über bereits bestehende Empfehlungen des DMP KHK hinausgehen.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Empfehlung (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
5	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) 10.12.2007 (Eingang 17.12.2007)	Die Stellungnahme der DGK bezieht sich nur auf den Begründungstext. Zum Modul Herzinsuffizienz liegen keine konkreten Änderungsvorschläge vor. Die Stellungnahmen zum Begründungstext sind nachfolgend zusammengefasst.			
		5.1 Zu Ziffer 1.4.2 (Orale Antikoagulations-therapie): Der Satz „Für die Sekundärprävention der KHK ist eine effektive orale Antikoagulation im Vergleich zu ASS mindestens gleichwertig“ wird als irreführend eingestuft. Es wird auf den Vorteil von Thrombozytenaggregationshemmern hingewiesen, insbesondere nach Koronarintervention. Vorgeschlagen wird, auf diesen Satz zu verzichten.		Nein	Der Satz bezieht sich auf die Empfehlung zur oralen Antikoagulation im Zusammenhang mit einer relevanten Komorbidität, z.B. Vorhofflimmern, und die Problematik der Kombination von Thrombozytenaggregationshemmern und Antikoagulantien. Der Satz wird hier jedoch isoliert vom Gesamtzusammenhang wiedergegeben. Im Gesamtzusammenhang erscheint der Satz - auch nach nochmaliger Prüfung - sinnvoll und angemessen. Die Aussage ist mit einem Quellenhinweis begründet. Es handelt sich nicht um eine Empfehlung im DMP-Modul, sondern lediglich um eine Erläuterung im Rahmen der Begründung zu Ziffer 1.4.2. Begründungen sind für sich genommen (unabhängig von der zugrunde liegenden Empfehlung) nicht stellungnahmefähig.
		5.2 Zu Ziffer 1.5 Monitoring (EKG-Kontrolle), Seite 11, 3. Abschnitt: An dieser Stelle müsste allenfalls die Kontrolle mittels Langzeit-EKG aufgeführt sein. Allerdings wird die prognostische Relevanz der so diagnostizierten Herzrhythmusstörung in Frage gestellt.		Nein	Analog Nr. 5.1 muss der Gesamtzusammenhang beachtet werden, der besagt, dass für regelmäßige EGK-Kontrollen (Ruhe-EKG und <u>Langzeit-EKG</u>), die ohne Anlass durchgeführt werden, kein relevanter prognostischer Einfluss gezeigt werden konnte. Stattdessen soll im Rahmen der klinischen Untersuchung insbesondere auf Herzrhythmusstörungen geachtet werden, denen dann gezielt mittels EKG nachzugehen ist. Begründungen sind für sich genommen (unabhängig von der zu Grunde liegenden Empfehlung) nicht stellungnahmefähig.