

**Vertrag zur Durchführung des
strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)
nach § 137 f SGB V**

**Koronare Herzkrankheit (KHK)
einschließlich des Moduls chronische Herzinsuffizienz
auf der Grundlage des § 83 SGB V**

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse

**dem BKK-Landesverband NORDWEST,
handelnd für die Betriebskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beitreten
sind, zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau (SVLG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**

der IKK classic

**(handelnd für die Innungskrankenkassen,
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind),**

der Knappschaft,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse-KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg**

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

**vom 09. Nov. 2005
in der Fassung des 7. Nachtrages vom 01.09.2013**

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs (DMP-koordinierender Arzt) – 1. Versorgungsebene -
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des kardiologisch qualifizierten Versorgungsbereichs (Facharzt) – 2. Versorgungsebene -
- § 5 Teilnahme des stationären Versorgungssektors
- § 6 Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer
- § 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

- § 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit und das Modul chronische Herzinsuffizienz

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 13 Sanktionen

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

- § 14 Teilnahmevoraussetzungen
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Information und Einschreibung
- § 17 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 18 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 19 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Schulungen

- § 20 Leistungserbringer
- § 21 Versicherte

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

- § 22 Datenstelle
- § 23 Erst- und Folgedokumentationen
- § 24 Datenfluss zur Datenstelle
- § 25 Datenzugang
- § 26 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KV und die Gemeinsame Einrichtung

- § 27 Datenfluss
- § 28 Datenzugang
- § 29 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

- § 30 Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft
- § 31 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 32 Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung
- § 33 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X – Evaluation

§ 34 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 35 Vertragsärztliche Leistungen

§ 36 Vergütung Einschreibung/Dokumentation/Schulungen

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 37 Kosten zur Durchführung des Vertrages

§ 38 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 39 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 40 Laufzeit und Kündigung

§ 41 Schriftform

§ 42 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

„Ärzte“ sind – ggf. anstellende – Vertragsärzte und Vertragsärztinnen im Sinne der §§ 3 und 4.

„Leistungserbringer“ sind Ärzte i. S. d. §§ 3, 4 und 5, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer sowie bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

„Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

„Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher im Sinne des § 3

„KVH“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

„Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 32, 33.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 30, 31.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 22.

„Dokumentationsdaten 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV“ sind die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV aufgeführten Daten.

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt

PRÄAMBEL

- (1) Herzkrankheiten mit Minderdurchblutung der Koronargefäße (KHK) gelten als die häufigste Todesursache in den westlichen Industrieländern. Beeinflussbare Ursachen der KHK liegen in bestimmten häufigen Eigenschaften der Lebensform wie Fehlernährung, Übergewicht, Rauchen und mangelnder körperlicher Betätigung. Die KHK gilt gleichzeitig als schwerwiegende Folgekrankheit der Stoffwechselstörung des Diabetes mellitus bei nicht adäquater Behandlung. Neben dem Bluthochdruck ist die koronare Herzkrankheit die Hauptursache der chronischen Herzinsuffizienz. Diesem Umstand wird mit der Integration eines Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK in diesem Vertrag Rechnung getragen.
- (2) Im Rahmen dieser Vereinbarung werden Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit KHK mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz einschließlich der Schnittstellen innerhalb der ärztlichen Versorgungskette und zu der versichernden Krankenkasse definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten angepasste Versorgung zu gewährleisten. Krankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen werden in gesonderten Verträgen in das Behandlungsprogramm eingebunden.
- (3) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gem. § 71 SGB V ist zu beachten. Es ist vorrangiges Ziel der Vereinbarung, mögliche Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu identifizieren und ggf. abzubauen.
- (4) Die vertraglichen Anpassungen des 7. Nachtrages vom 01.10.2013 berücksichtigen die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraftgetretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen des GKV-VStG und der jeweils aktuellen Regelungen der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Mit dem GKV-VStG wurde festgelegt, dass zukünftig alle bisher in der RSAV geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in die indikationsspezifischen Richtlinien des G-BA überführt werden. Da es für das strukturierte Behandlungsprogramm KHK noch keine Richtlinie des G-BA gibt, besteht folgende Übergangsregelung:

Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28b Abs. 1, den §§ 28c, 28e sowie den Anlagen 5, 5a und 2 i.V.m Anlage 6 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung weiter, bis die vom G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V zu erlassende Richtlinie für KHK in Kraft getreten ist. Auch § 28g RSAV gilt bis zum Inkrafttreten der vom G-BA nach § 137f Abs. 2 S. 2 Nr. 6 SGB V zu erlassenden Richtlinie für die Anforderung an die Evaluation fort. Soweit die in

den §§ 28d und 28f RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese ebenfalls weiter, wenn sie auf die vorgenannten Anforderungen verweisen.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

(1) Ziele dieser Vereinbarung sind:

- durch einen strukturierten kontinuierlichen Behandlungsverlauf die Qualität der Langzeitversorgung der Patienten mit koronarer Herzkrankheit (mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz) zu sichern und zu verbessern,
- Verbesserung der Krankheitsbewältigung und Lebensqualität der betroffenen Patienten insbesondere durch individuelle systematische Betreuung, das Festlegen individueller Therapieziele, Information und Schulung,
- darüber hinaus, durch Information die Motivation des Patienten zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die unter Abs. 2 genannten Ziele zu erreichen.

(2) Die Ziele und Anforderungen an dieses Behandlungsprogramm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV¹ festgelegt. Entsprechend der Aussagen der RSAV streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung folgende Ziele an:

- Reduktion der Sterblichkeit,
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz bzw. Vermeidung/Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung,
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden sowie Hospitalisationen und Steigerung/Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

¹ Für die nachfolgenden Nennungen der RSAV gilt: Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28b Abs. 1, den §§ 28c, 28e sowie den Anlagen 5, 5a und 2 i.V.m Anlage 6 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung weiter, bis die vom G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V zu erlassende Richtlinie für KHK in Kraft getreten ist. Auch § 28g RSAV gilt bis zum Inkrafttreten der vom G-BA nach § 137f Abs. 2 S. 2 Nr. 6 SGB V zu erlassenden Richtlinie für die Anforderung an die Evaluation fort. Soweit die in den §§ 28d und 28f RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese ebenfalls weiter, wenn sie auf die vorgenannten Anforderungen verweisen.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für:

1. Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte sowie qualifizierte Einrichtungen, die in der Region der KVH für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind und nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

(2) Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von DMP Richtlinien des G-BA inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 40 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Dokumentation betreffen, entsprechen der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV.

(3) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:

Im AOK-System gilt der Vertrag auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb von Hamburg. Die anderen AOKn haben die AOK Rheinland/Hamburg mit der Wahrnehmung, der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten beauftragt und die außerbudgetäre Vergütung anerkannt.

Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären. Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenen Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

Dieser Vertrag gilt auch für außerhamburgische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 35 bis 37 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK classic wird gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs DMP-koordinierender Arzt (1. Versorgungsebene)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierende Ärzte sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und dies gegenüber der KVH nachweisen:
 1. für den hausärztlichen Versorgungssektor zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und
 2. in Ausnahmefällen kann der zugelassene oder ermächtigte kardiologisch qualifizierte Facharzt bei Teilnahme am Programm als § 4-Arzt auch der DMP-koordinierende Arzt gem. Ziffer 1.7.1 der Anlage 5 der RSAV sein, insbesondere für die Versicherten,
 - die bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind oder
 - bei denen diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt bzw. das anstellende MVZ gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a beigefügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten des nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Arztes (im weiteren als DMP-koordinierender Arzt bezeichnet) gehören insbesondere:
 1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Leistungserbringer

unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Ziffer 1.7 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV,

2. die Information, Beratung und Einschreibung in das Programm gem. § 15 sowie Erstellung und Weiterleitung der vollständigen Einschreibeunterlagen gem. § 16 entsprechend den Abschnitten VII und VIII.
3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
4. die Durchführung von Patientenschulungen gem. § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
5. die Beachtung der Überweisungs- und Einweisungsregeln entsprechend Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.1 der Anlage 5a der RSAV,
6. bei Überweisung und Einweisung gem. Nr. 5:
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am Programm teilnehmende Krankenhaus nach Anlage 11 vorzunehmen. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a der RSAV genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen.
9. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-8 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderung der RSAV Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des kardiologisch qualifizierten Versorgungsbereichs (Facharzt der 2. Versorgungsebene)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind zugelassene oder ermächtigte kardiologisch qualifizierte Fachärzte bzw. zugelassene MVZ sowie

kardiologisch qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität gem. der Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - zu diesem Vertrag erfüllen

- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a beigefügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte bzw. Einrichtungen gehören insbesondere:
 1. die Information und Beratung über das Programm, in den Ausnahmefällen des § 3 Abs. 2 Nr. 2 auch die Aufgaben nach § 3 Abs. 5,
 2. die Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der gem. § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Ziffer 1.7 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV,
 3. die Beachtung der Qualitätsziele gem. § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 4. die Durchführung von Patientenschulungen gem. § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH entsprechend nachgewiesen ist,
 5. die Überweisung und Einweisung gem. Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 und Ziffer 1.6.1 der Anlage 5a der RSAV per Auftragsleistung an andere Leistungserbringer. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 6. bei Überweisung an andere Leistungserbringer im Sinne von Nr. 5:
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,

7. die Weiterleitung des Versicherten an den DMP-koordinierenden Arzt gem. § 3 Absatz 2 unter zeitnaher Weitergabe therapierelevanter Informationen,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete, am Programm teilnehmende, Krankenhaus gem. Anlage 11 vorzunehmen und den DMP-koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen,
9. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a der RSAV genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen.
10. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderung der RSAV Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahme des stationären Versorgungssektors

Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten vertraglich ein. Die Teilnahme der Krankenhäuser am DMP ist freiwillig.

Die Krankenkassen stellen sicher, dass die teilnehmenden Krankenhäuser die medizinischen Grundlagen der RSAV beachten und die fachliche Qualifikation (Anlage 4) sowie die Beteiligung an Qualitätssicherungsverfahren nachweisen.

§ 6

Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als DMP-koordinierender Arzt gem. § 3 und/oder als Facharzt gem. § 4 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gem. Anlage 5 zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit. Mit der Antragstellung legt der Vertragsarzt dar, dass er die Qualitätsanforderungen gem. Anlage 1 bzw. 2 erfüllt. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen

qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage beigefügten Formular (Anlage 5a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

§ 7

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVH erteilt den gem. § 3 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden DMP-koordinierenden Ärzten und den gem. § 4 teilnehmenden Fachärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in Anlage 1 bzw. Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.
- (2) Durch die KVH erfolgt einmal jährlich eine Überprüfung der Strukturvoraussetzungen. Die Gemeinsame Einrichtung erhält hierüber einen gesonderten Bericht. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Nach Abschluss der Prüfung erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen umgehend eine List der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:
 - a) Widerruf der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
 - b) Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
 - c) Ruhen der Zulassung, ohne Angabe von Gründen
 - d) Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt
- (6) Die Krankenkassen prüfen die Teilnahmevoraussetzungen der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nach § 5 und binden dieses vertraglich in das DMP ein.

§ 8

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

Für teilnehmende Ärzte gem. § 3 und § 4 des Vertrages gilt Folgendes:

1. Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVH bestätigt.

2. Nach erfolgtem Widerruf der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Vertragsarztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass eine erneute Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1 bzw. 2, ggf. Anlage 3 vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, wenn gleichzeitig die Nachweise der Strukturvoraussetzungen der KVH vorgelegt wurden, andernfalls mit dem Zeitpunkt der vollständigen Vorlage der erforderlichen Unterlagen. Eine rückwirkende DMP-Genehmigung kann nicht erteilt werden.
3. Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
4. Endet die Teilnahme eines DMP-koordinierenden Arztes oder Facharztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Vertragsärzteverzeichnis gem. § 9 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des Vertragsarztes gem. § 18 vorzunehmen.
5. Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.
6. Die Teilnahme am Programm endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
7. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage beigefügten Formular (Anlage 5a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“).
8. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage „Strukturqualität koordinierender Arzt“ näher bezeichneten Voraussetzung erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 9

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gem. §§ 3 und 4 führt die KVH ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVH stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen und der Datenstelle gem. § 22 bei jeder Änderung, mindestens jedoch einmal monatlich und der Gemeinsamen Einrichtung bei Bedarf in elektronischer Form einer Excel-Datei, entsprechend Anlage 10 zur Verfügung.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
 - Postanschrift der Praxis/Einrichtung,
 - lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (3) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen stationären Einrichtungen gem. § 5 führen die Krankenkassen bzw. deren Verbände ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis wird der KVH und der beauftragten Datenstelle nach § 22 mit jeder Änderung insbesondere zu Eintritt und Austritt oder einer Änderung des Institutionskennzeichens in elektronischer Form einer Excel-Datei, entsprechend Anlage 11 "Verzeichnis der teilnehmenden stationären Einrichtungen" unverzüglich zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Verzeichnisse gem. Absatz 1 und 3 stellen die teilnehmenden Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (5) Die Teilnehmerverzeichnisse werden folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern durch die KVH,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. grundsätzlich den teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung), durch die Krankenkassen.

Daneben können die Teilnehmerverzeichnisse auch veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVH eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 10

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm

Koronare Herzkrankheit und das Modul chronische Herzinsuffizienz

- (1) Die Anforderungen an die Behandlung nach der Ziffer 1 der Anlagen 5 bzw. 5a zu §§ 28b bis 28g der RSAV gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der Anlagen 5 bzw. 5a zu §§ 28b bis 2 g der RSAV unverzüglich über die unmittelbar nach Satz 1 eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten. Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 6 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit und am Modul chronische Herzinsuffizienz teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP-Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Koronare Herzkrankheit und am Modul chronische Herzinsuffizienz auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV- Qualitätssicherung

§ 11

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 9 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

- Einhaltung der Anforderungen gem. § 28 b der RSAV und Anlagen 5/5a der RSAV,
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gem. Ziffer 1.7 der Anlage 5 bzw. Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV,
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gem. den §§ 3-4 in Verbindung mit den Anlagen 1-3,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gem. der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlagen 5/5a der RSAV sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gem. Anlage 9 zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.

(2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlagen 5/5a Ziffer 2 der RSAV insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden DMP-koordinierenden Ärzte gem. § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

- (3) Zur Auswertung werden die in Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV fixierten diagnosespezifischen Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.
- (4) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise der zuständigen Prüfbehörde gegenüber nachgewiesen und - z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse - regelmäßig öffentlich dargelegt.

§ 13

Sanktionen

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogrammes werden wirksame Sanktionen vereinbart, die dann greifen, wenn die Partner des zur Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms geschlossenen Vertrages gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen.
- (2) Verstößt der DMP-koordinierende Arzt gem. § 3 oder der Facharzt gem. § 4 schuldhaft gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen werden nachfolgende Sanktionen ergriffen:
 - 1. Keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verspätete Dokumentationen, sofern dies nicht nachweislich auf die Datenstelle zurückzuführen ist,
 - 2. Aufforderung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen).
 - 3. Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVH.
 - 4. Hält der Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVH im Benehmen mit den in der Gemeinsamen Einrichtung vertretenen Krankenkassen/-verbänden.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 14

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, wenn:
- die Diagnose Koronare Herzkrankheit gem. Ziffer 1.2 der Anlage 5 der RSAV gesichert ist und die Einschreibekriterien gem. Ziffer 3 der Anlage 5 der RSAV erfüllt sind,
 - der Versicherte grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen fähig und bereit ist und
 - die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung und aktive Mitwirkung des Versicherten zu erwarten ist.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Hierzu wird dieser durch den DMP-koordinierenden Arzt und unterstützend durch die jeweilige Krankenkasse informiert. Die Wahl des gleichen DMP-koordinierenden Arztes insbesondere für die Teilnahme an den DMP Diabetes und KHK wird angestrebt.
- (4) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können am Modul chronische Herzinsuffizienz teilnehmen, wenn sie die in Ziffer 3 der Anlage 5a der RSAV genannten Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe erfüllen und wenn und solange sie am strukturierten Behandlungsprogramm für KHK nach den jeweils geltenden Bestimmungen der RSAV teilnehmen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 8 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit.

§ 16

Information und Einschreibung

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 13 „Patienteninformation“ umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt.
- (2) DMP-koordinierende Ärzte, die gem. § 3 teilnehmen, Fachärzte, die gem. § 4 teilnehmen und stationäre Einrichtungen, die gemäß § 5 teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV die gem. § 14 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. § 15 bei dem DMP-koordinierenden Arzt einschreiben. Sie informieren zudem über die Möglichkeit der Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz. Die Teilnahme an einem Modul chronische Herzinsuffizienz ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP KHK. Der DMP-koordinierende Arzt stellt die Teilnahmevoraussetzungen fest und dokumentiert die Teilnahmeentscheidung des Patienten. Eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht erforderlich.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. § 15 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV durch den DMP-koordinierenden Arzt,
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der DMP-koordinierende Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensivierete Betreuung in Form einer Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung profitieren kann.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen DMP-koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-koordinierende Arzt gem. § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV an die Datenstelle entsprechend § 24 weiterleitet.

Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte im Programm nur durch einen DMP-koordinierenden Arzt betreut wird.
- (5) Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse die Teilnahme am Behandlungsprogramm erklären. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an

seinen behandelnden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen gem. Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.

- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 der Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP-koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (8) Soweit ein am Disease-Management-Programm teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die gem. Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 Absatz 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gem. § 16 Absatz 6.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und die Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet im Übrigen mit dem Tag:
 - a) des Endes der Programmzulassung,
 - b) des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den Versicherten (maßgebend ist das Zugangsdatum bei der Krankenkasse),
 - c) des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 28d Abs. 3 RSAV oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 SGB V),
 - d) der letzten gültigen Dokumentation, wenn der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - e) der letzten gültigen Dokumentation, wenn der Versicherte innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV veranlassten Schulungen ohne plausible Erklärung nicht wahrgenommen hat oder
 - f) der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m.

Anlage 6 RSAV, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.

- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den DMP-koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.
- (5) Endet eine Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz, hat dies keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP KHK.
- (6) Endet eine Teilnahme am DMP KHK, endet auch die Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz.

§ 18

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-koordinierenden Arzt gem. § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle gem. § 22. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige DMP-koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten dem neu gewählten DMP-koordinierenden Arzt alle therapierelevanten Krankenunterlagen.

§ 19

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVH bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gem. § 15 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI – Schulungen

§ 20

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer umfassend über Ziele, Inhalte und evidenzbasierte Grundlagen des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit und des Moduls chronische Herzinsuffizienz.
- (2) Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gem. § 6.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVH nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gem. Anlagen 5/5a der RSAV einbezogen werden.
- (4) Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer gem. §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Auf Schulungsinhalte, die der RSAV widersprechen, muss verzichtet werden.
- (5) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 21

Versicherte

- (1) Die Krankenkassen informieren bei der Einschreibung ihre Versicherten anhand der Anlage 13 umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie durch eine Liste der beteiligten Leistungserbringer. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Im übrigen haben sie schulungsersetzende, kassenspezifische Patienteninformationen vorzuhalten, die die Patienten bei Bedarf anfordern können. Die teilnehmenden Krankenkassen verpflichten sich zur Rücksichtnahme auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

- (2) Unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen erhält jeder teilnehmende Versicherte Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm, das sich an internationalen Standards orientiert (siehe Anlage 12), soweit er nicht in den letzten zwei Jahren eine gleichartige Schulung erhalten hat. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß der Anlagen 5/5a der RSAV einzubeziehen. Der mit der Schulung beauftragte Leistungserbringer (Anlage 3) ist verpflichtet, auf die gem. der Anlagen 5/5a der RSAV vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen.
- (4) Als Schulungsprogramme werden die in Anlage 12 beschriebenen Schulungen angeboten. Bei den Schulungen muss auf Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII –

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 22

Datenstelle

- (1) Die vertragschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft (§ 30) werden eine Datenstelle mit den in den Absätzen 2 bis 6 genannten Aufgaben beauftragen.
- (2) Der Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung (Anlage 5) den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit den in Absatz 6 genannten Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt nach § 31 Absatz 2 die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Annahme/Erfassung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVH.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 - Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 - Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen gem. § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind.
- (6) Die Teilnahmeerklärung (Anlage 5) des Vertragsarztes gem. § 3 beinhaltet die Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV an die Arbeitsgemeinschaft und
 - die Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse.
- (7) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem Vertragsarzt gem. § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 23

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung gem. §28b RSAV, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung gem. §28c RSAV, die Überprüfung der Einschreibung gem. §28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer gem. §28e RSAV und die Evaluation gem. §28g RSAV genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der DMP-koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach den Anlagen 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV entsprechend der Ausprägung des jeweiligen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

§ 24

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch die Teilnahmeerklärung gemäß § 6 verpflichtet sich der gem. § 3 teilnehmende DMP-koordinierende Arzt
1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen zehn Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle auf elektronischem Weg per Datenträger (CD-ROM, Diskette, DVD) oder per Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE

des Versicherten binnen zehn Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln.

Der DMP-koordinierende Arzt gem. § 3 vergibt für jeden Versicherten eine DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Die patientenbezogene Fallnummer darf jeweils vom Arzt nur einmal vergeben werden. Bei Arztwechsel erhält der Patient eine neue DMP-Fallnummer von seinem neuen Arzt.

- (2) Die Versicherten willigen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhalten von ihrem DMP-koordinierenden Arzt einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 25

Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 22 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 26

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des DMP-koordinierenden Arztes nach § 3 übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KVH und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente des Datensatzes gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr und vernichtet sie nach Ablauf dieser Frist unverzüglich spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten.

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KV und die Gemeinsame Einrichtung

§ 27

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt bei der Einschreibung gem. § 16 die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse. Die Datenstelle übermittelt ferner die Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV an die jeweilige Krankenkasse.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVH.

§ 28

Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVH und an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 29

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung 15 Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr, folgenden Kalenderjahr aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten gelöscht.

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 30

Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V. Sofern bereits eine Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme gebildet wurde, kann ihr Aufgabenbereich entsprechend erweitert werden. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 31

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVH und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gem. Anlage 9 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 22 mit der Durchführung der im Abs. 1 beschriebenen Aufgabe. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgabe kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 32

Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c) der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Sofern nach Maßgabe der RSAV im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c) der RSAV gebildet wurde, kann ihr Aufgabenbereich entsprechend erweitert werden. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung gem. § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 33

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gem. Anlage 9 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gem. § 28g RSAV,
 5. die Sicherstellung des Zugriffs aller Vertragspartner auf den Datenbestand der Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit der Durchführung der in Abs. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X – Evaluation

§ 34

Evaluation

Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des § 28g RSAV sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien.

Abschnitt XI
Vergütung und Abrechnung

§ 35

Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt nach Maßgabe des EBM und ist mit der in den jeweiligen Honorarvereinbarungen mit der KVH definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

§ 36

Vergütung Einschreibung/Dokumentation/Schulungen

- (1) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die KVH. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Für die vollständige und plausible Dokumentation gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV und fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach diesem Vertrag werden folgende Vergütungen vereinbart:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte gem. § 3	25,- €	95500
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Vertragsärzte nach § 3	15,- €	95501
Differenzierte Therapieplanung auf Basis einer individuellen Risiko-Abschätzung mindestens nach Alter, Geschlecht, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, linksventrikuläre Funktionstörung, Rauchen und genetische Disposition (Punkt 1.4 der Anlage 5 der RSAV) durch	10,- €	95502

Vertragsärzte gem. § 3; 1x im Kalenderjahr		
Erweiterte Diagnostik und Risiko-Stratifizierung durch Vertragsärzte nach § 4 im Rahmen der differenzierten Therapieplanung auf Basis einer individuellen Risiko-Abschätzung auf Überweisung durch den koordinierenden Vertragsarzt 1x im Kalenderjahr	25,- €	95503

- (3) Bei einer quartalsmäßigen Dokumentation ist pro Kalenderquartal eine Dokumentation zu erstellen. Das Dokumentationsintervall endet mit Ablauf des letzten Tages des auf die letzte Dokumentation folgenden Quartals.

Bei einer Dokumentationserstellung jedes zweite Quartal ist in jedem zweiten Quartal eine Dokumentation zu erstellen. Das Dokumentationsintervall endet mit Ablauf des letzten Tages des auf die letzte Dokumentation folgenden übernächsten Quartals.

Pro Versicherten und Dokumentationsintervall wird höchstens eine Dokumentation vergütet.

Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird auf die Anlage 14 verwiesen.

- (4) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine zusätzliche Abrechnung nach EBM im Zusammenhang mit Einschreibung, vollständiger Dokumentation, Portokosten sowie Sachkosten für Datenträger bei elektronischer Dokumentation aus. Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Abs. 2 mit Ausnahme der GOP 95500 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit und ggf. zusätzlich am Modul chronische Herzinsuffizienz aufgrund der Vorschriften der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung und Vergütung der in dieser Vereinbarung aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die aufgeführten DMP-Pauschalen können nur abgerechnet werden, sofern im jeweiligen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

- (5) Die gem. Anlage 12 zugelassenen Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte gem. §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht und abgerechnet werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen (Anlage 3) im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllen und eine Genehmigung zur Schulung von der

KVH erhalten haben. Medias 2 Schulungen, Schulungen zur intensivierten Insulintherapie ("ICT-Schulungen") und Schulungen für Patienten, die Normalinsulin spritzen ("Grüßer, Röger, Jörgens") dürfen nur von Diabetologischen Schwerpunktpraxen² durchgeführt werden, die eine Schulungsgenehmigung im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 Vertrages besitzen. Der KVH sind entsprechende Nachweise der Ärzte bzw. des nichtärztlichen Personals vorzulegen.

Ärzte gem. §§ 3 und 4 sowie Diabetologische Schwerpunktpraxen, können Schulungsgemeinschaften errichten. Es sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung entsprechend der Vorgaben der KVH zu beachten. Die KVH erteilt Schulungsgemeinschaften nach Antragstellung unter der Voraussetzung vorhandener Strukturqualität eine Genehmigung.

Die in Anlage 12 aufgeführten Schulungsmaßnahmen werden nach den dort genannten Sätzen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert. Dies gilt gleichermaßen für die in Anlage 12 genannten Kostenpauschalen für Schulungsmaterial.

Jede Unterrichtseinheit entspricht 90 Minuten. Die jeweilige strukturierte Schulungsmaßnahme ist je Patient nur einmal berechnungsfähig. Nachschulungen bedürfen der Begründung und der Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse.

Angehörige von DMP-Teilnehmern können kostenfrei an geeigneten Schulungen teilnehmen.

- (6) Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVH einen versicherten- und arztbezogenen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.

² Diabetologische Schwerpunktpraxen sind solche, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 3 des Vertrages über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern (DMP Vertrag Diabetes mellitus Typ 2) in Hamburg erfüllen.

Abschnitt XII
Sonstige Bestimmungen

§ 37

Kosten zur Durchführung des Vertrages

- (1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV entstehen sowie die Kosten der Evaluation tragen die Krankenkassen.
- (2) Kosten der leistungserbringerbezogenen Qualitätssicherung in der Gemeinsamen Einrichtung tragen Krankenkassen und die KVH je zur Hälfte; dies gilt insbesondere für die Kosten der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen der Anlagen 1 und 2.
- (3) Kosten, die durch die nach diesem Vertrag notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KVH übernimmt den Versand und die sonstigen Informationen.
- (4) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke und dazugehörigen Ausfüllhilfen übernehmen die Krankenkassen. Den Versand und die Verteilung übernimmt die KVH.
- (5) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen gem. §§ 3 und 4 zur Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.
- (6) Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 4 erfolgt grundsätzlich nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Programm am 01.07. des Jahres nach der amtlichen Statistik KM 6 Teil II Pkt. 1 - eingeschriebene Versicherte. Aus sachlichen Gründen kann davon abgewichen werden. Die Vertragspartner auf Krankenkassenseite einigen sich auf ein einheitliches Verfahren zur stichtagsbezogenen Feststellung der eingeschriebenen Versicherten.
- (7) Eine vorläufige Aufteilung der Kosten kann als Abschlag nach Aufteilung der Versicherten der beigetretenen Krankenkassen nach der aktuellen amtlichen Statistik KM 6 erfolgen. Sollte durch die Aufsichtsprüfung die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten nachträglich bei einer Krankenkasse geändert werden, so erfolgt keine rückwirkende Neuberechnung und –belastung der Kosten.

§ 38

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die DMP-koordinierenden Ärzte gem. § 3 und die Fachärzte gem. § 4 verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 39

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KVH liefert gem. § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 40

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.02.2006 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht.
- (3) Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende.
- (4) Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Im Falle der Kündigung durch oder gegenüber einzelnen Krankenkassen gilt der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern weiter.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f

Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.

§ 41

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 42

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlagen

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2**
- Anlage 2 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 4**
- Anlage 3 Strukturqualität für Schulungsärzte**
- Anlage 4 Strukturqualität für Krankenhäuser**
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung Vertragsärzte und weitere Leistungserbringer**
- Anlage 5a Ergänzungserklärung Leistungserbringer**
- Anlage 6 unbesetzt**
- Anlage 7a Dokumentationsdaten nach Anlage 2 RSAV**
- Anlage 7b Dokumentationsdaten nach Anlage 6 RSAV**
- Anlage 8 indikationsspezifische und indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation Versicherte**
- Anlage 9 Qualitätssicherung**
- Anlage 10 Vertragsärzteverzeichnis**
- Anlage 11 Verzeichnis der teilnehmenden stationären Einrichtungen**
- Anlage 12 Patientenschulung**
- Anlage 13 indikationsspezifische und indikationsübergreifende Patienteninformation**
- Anlage 14 Dokumentationsfrequenzen**

– Anlage 1 –

zum Vertrag nach § 83 SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2 (1. Versorgungsebene)¹

I. Teilnahmeberechtigung

Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte sowie bei Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen angestellte Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

II. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt
- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung² oder Information durch Arzt-Manual³
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- Durchführung eines Belastungs-EKGs nach den Leitlinien zur Ergometrie⁴₅
- mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung (mindestens 4 Stunden bzw. 4 Punkte) oder regelmäßige Teilnahme an von der KV Hamburg anerkannten KHK-spezifischem Qualitätszirkel.

III. Apparative Voraussetzungen

¹ Entspricht Kennzeichnung **A = Hausärzte** [1. Ebene] in Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis).

² Es gelten die Leitlinien zur Ergometrie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

³ ebd.

⁴ ebd.

⁵ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis:

- EKG
- Belastungs-EKG ⁶
- 24-Stunden Blutdruckmessgerät
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung und der Fettstoffwechselwerte

⁶ ebd. a.a.O.; Es gelten die Leitlinien zur Ergometrie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

– Anlage 2 –

zum Vertrag nach § 83 SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 4 (2. Versorgungsebene)

I. Teilnahmeberechtigung

Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsstufe sind die Leistungserbringer, die folgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.

II. Spezialisierte Schwerpunktpraxen/qualifizierte Einrichtung konventionelle Kardiologie¹

1. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen – ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Zusammenarbeit mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Praxis / qualifizierten Einrichtung
- Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Herzchirurgie gemäß Anlage 4 „Strukturvoraussetzungen Zentrum für Herzchirurgie“ (s. Anlage 11 Versorgungsoption C)
- Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Einrichtung/ Praxis für Nuklearmedizin
- Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen in der Region
- Einsatz von qualifiziertem Personal

¹ Entspricht Kennzeichnung **B = Fachärzte** (nicht invasiv = konventionelle Therapie) [2. Ebene] in Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis).

- mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung (Mindestdauer 4 Stunden im Jahr) und/oder Teilnahme an KHK-spezifischem strukturiertem von der KV Hamburg anerkanntem Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region (Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr)

2. Apparative Mindest-Voraussetzungen jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte

- farbkodierte Dopplerechokardiographie², Stressechokardiographie³
- EKG, Belastungs-EKG², Langzeit-EKG
- 24 Stunden-Blutdruckmessgerät
- Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, ggf. per Auftragsleistung
- Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich:
 - Nachweis der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 EBM) gegenüber der KV Hamburg
 - Abrechnungserlaubnis der KV Hamburg

III. **Spezialisierte Schwerpunktpraxis/ qualifizierte Einrichtung zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie**⁴

1. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen – ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5 Ziffer 1.5.3.1 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung), in Anlage 4 als Anhang aufgeführt

² Es gelten die Voraussetzungen der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

³ ebd. a.a.O.; Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

⁴ Entspricht Kennzeichnung **C = Fachärzte** (invasiv tätig) [2. Ebene] in Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis).

- Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Herzchirurgie gemäß Anlage 4 „Strukturvoraussetzungen Zentrum für Herzchirurgie“ (s. Anlage 11 Versorgungsoption C)
- Zusammenarbeit mit einer Praxis / qualifizierten Einrichtung für Nuklearmedizin
- Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen der Region
- mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung (Mindestdauer 4 Stunden im Jahr) und/oder
- Teilnahme an KHK-spezifischem strukturiertem von der KV Hamburg anerkanntem Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region (Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr)

2. Apparative Mindest-Voraussetzungen jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte

- Fachliche, organisatorische und apparative Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie (03.09.1999) § 135 Abs. 2 SGB V. 5
- Fachliche und organisatorische Voraussetzungen gemäß Anlage 4 „Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser mit Schwerpunkt Kardiologie und interventionelle Kardiologie“
- Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, ggf. per Auftragsleistung
- Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich:
 - Nachweis der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 EBM) gegenüber der KV Hamburg
 - Abrechnungserlaubnis der KV Hamburg

*gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers“ (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle) vom 01.04.2006

⁵ Die Qualitätsanforderungen zur Koronarangiographie gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie (03.09.1999) nach § 135 Abs. 2 SGB V gelten auch im stationären Sektor. Analog zu den dortigen § 9 Abs. 1 und 2 „Zeugnisse und Kolloquien“ sind die Nachweise der fachlichen Befähigung sowie die Überprüfung der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 3 der Gemeinsamen Einrichtung vorzulegen. Ebenfalls obliegt die Überprüfung der Organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 5 und die Überprüfung der apparativen Voraussetzungen gemäß § 6 der Gemeinsamen Einrichtung.

– Anlage 3 –

zum Vertrag nach § 83 SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

Strukturqualität für Schulungsärzte

Strukturqualität Schulungsarzt

1. Teilnahmeberechtigung

Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte entsprechend §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht werden, soweit die Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte - nach den Anlagen 1 und 2 erfüllt und eine gesonderte Genehmigung zur Abrechnung der Schulungsleistungen durch die KVH erhalten haben sowie durch Vertragsärzte, die eine Schulungsberechtigung nach dem Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern (DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2) erworben haben.

Die Vertragsärzte nach den §§ 3 und 4 müssen weitere folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen, um eine gesonderte Genehmigung zur Abrechnung von Schulungsleistungen zu erhalten:

2. Notwendige Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte

- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen
- Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein

3. Qualifikation des Leistungserbringers - ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen

- der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen

4. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals¹

- das nicht-ärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen

¹ Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen. Die einschränkenden Bedingungen gem. § 36 Abs. 5 des DMP-Vertrages sowie gem. Anlage 12 zur Schulungsberechtigung gelten. Ein Nachweis für die Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals ist nur zu erbringen, wenn dieses Personal auch eingesetzt wird.

– Anlage 4 –

zum Vertrag nach § 83 SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

Strukturqualität für Krankenhäuser (3. Versorgungsebene)

I. Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser mit Schwerpunkt konventionelle Kardiologie¹

Vorrangig soll in Krankenhäuser eingewiesen werden, welche am DMP teilnehmen und die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

1. Fachliche Voraussetzungen

- Schwerpunktabteilung Kardiologie mit mindestens 2 Fachärzten für Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie in Vollzeitbeschäftigung oder
- Schwerpunktabteilung Innere Medizin mit mindestens 2 Fachärzten für Innere Medizin und Kooperation/Zusammenarbeit mit einem Kardiologen/einer kardiologisch qualifizierten Einrichtung
- Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

2. Organisatorische und apparative Voraussetzungen

- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Zusammenarbeit mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Einrichtung / qualifizierten Schwerpunktpraxis
- Zusammenarbeit mit einer spezialisierte Einrichtung/ Schwerpunktpraxis für Nuklearmedizin

¹ Entspricht Kennzeichnung **A = Krankenhaus mit ausschließlich nicht-invasiver Diagnostik/Therapie** in Anlage 11 (Leistungserbringerverzeichnis stationärer Sektor).

- Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung / Praxis zur psychologischen, psychosomatischen oder psychosozialen Behandlung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse)
- 24 - Stunden Bereitschaft für Notfallindikationen
- qualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal

3. Fortbildung

- mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung für das zuständige ärztliche Personal, das Pflegepersonal und das medizinische Assistenzpersonal. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden im Jahr.
- Mindestens zweimal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischen strukturierten Qualitätszirkeln mit Hausärzten und Fachärzten der kardiologisch qualifizierten Einrichtungen/ Schwerpunktpraxen in der Region. Mindestdauer der Qualitätszirkel 8 Stunden im Jahr.

4. Qualitätssicherung stationärer Bereich

- Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V (Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern) mit dem Ziel die Ergebnisqualität zu verbessern.

II. **Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser mit Schwerpunkt Kardiologie und interventionelle Kardiologie**²

1. Fachliche Voraussetzungen

- a) Allgemein geltende Voraussetzungen
 - Einrichtung einer Schwerpunktabteilung Kardiologie mit interventioneller Kardiologie

² Entspricht Kennzeichnung **B = Krankenhaus mit invasiver Diagnostik/Therapie** in Anlage 11 (Leistungserbringerverzeichnis stationärer Sektor).

- Mindestens 2 Fachärzte für Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie in Vollzeitbeschäftigung
- Fachliche, organisatorische und apparative Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie (03.09.1999) § 135 Abs. 2 SGB V. 3
- Beachtung der Indikationen (und Kontraindikationen) zur Durchführung einer Koronarangiographie gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5 Ziffer 1.5.3.1 RSAV in der jeweils gültigen Fassung)
- Beachtung der Indikationen (und Kontraindikationen) zur Durchführung einer interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5 Ziffer 1.5.3.2 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung)
- Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
- Bei der Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz: Beachtung der Indikationen (und Kontraindikationen) zur Durchführung einer kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) und der Therapie mit implantierbaren Defibrillatoren der Anlage 5a der RSAV in der jeweils gültigen Fassung

b) Zur Durchführung von **Koronarangiographien**:

- Mindestmenge von 150 Katheterisierungen pro Facharzt pro Jahr

c) Zur Durchführung von **Koronarrevaskularisation**³

- Mindestmenge von 75 therapeutischen Eingriffen pro Facharzt pro Jahr und 200 Herzkatheteruntersuchungen pro Jahr pro Schwerpunktabteilung interventionelle Kardiologie

2. Organisatorische und apparative Voraussetzungen

a) Allgemein geltende Voraussetzungen:

- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Kooperation / Zusammenarbeit mit einer Schwerpunktabteilung/Zentrum für Herzchirurgie
- Räumliche Ausstattung von Herzkatheter-Räumen entsprechend den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

- Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (03.09.1999)
- 24 – Stunden Bereitschaft für Notfallindikationen
- qualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal

b) zur Durchführung von **Koronarangiographien:**

- Qualifizierte Nachbetreuung des Patienten **von mindestens 4 Stunden** nach einer Linksherzkatheteruntersuchung ohne therapeutische Intervention

c) zur Durchführung von **Koronarrevaskularisation:** ⁴

- Qualifizierte Nachbetreuung des Patienten von **mindestens 24 Stunden** nach einer Linksherzkatheteruntersuchung mit therapeutischer Intervention

3. Sollte das Krankenhaus in Eigenleistung spezielle interventionelle Maßnahmen (kardiale (kardiale Resynchronisationstherapie [CRT], Therapie mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren [ICD]) durchführen, sind über die Ziffer 1 hinausgehend folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- eine Zulassung mit einer Abteilung für die kardiologische Behandlung, gemäß Krankenhausplan (siehe dort gewählte Bezeichnung) oder
- Schwerpunktabteilung/Zentrum für Herzchirurgie
- Mindestens 10 Applikationen von Schrittmachersystemen pro Jahr
- Beachtung der Indikationen zur Durchführung spezieller interventioneller Maßnahmen gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5a Ziffer 1.4.3 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung)

4. Fortbildung

- mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung für das zuständige ärztliche Personal, das Pflegepersonal und das medizinische Assistenzpersonal. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden im Jahr.

³ - percutane koronare Intervention (PCI)/Verfahren: Ballondilatation, Stent-Implantation, Laser, Atherektomie, Rotablation

⁴ - percutane koronare Intervention (PCI)/Verfahren: Ballondilatation, Stent-Implantation, Laser, Atherektomie, Rotablation.

- Mindestens zweimal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischen strukturierten Qualitätszirkeln mit Hausärzten und Fachärzten der kardiologisch qualifizierten Einrichtungen/ Schwerpunktpraxen in der Region. Mindestdauer der Qualitätszirkel 8 Stunden im Jahr.

4. Qualitätssicherung ambulanter und stationärer Bereich

- Beteiligung an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß §135 a Absatz 2 SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung) mit Teilnahme an der externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Ziel ist die Verbesserung der Ergebnisqualität.

III. **Strukturvoraussetzungen Schwerpunktabteilung/Zentrum für Herzchirurgie⁵**

1. Fachliche Voraussetzungen für die Durchführung von koronarchirurgischen Eingriffen (Bypass-Operationen)

- Schwerpunktabteilung/ Zentrum für Herzchirurgie
- Mindestens 2 Fachärzte für Herzchirurgie in Vollzeitbeschäftigung
- Mindestanzahl 50 Operationen Koronarchirurgie je Operateur und Jahr **und** Mindestanzahl an 200 Operationen Koronarchirurgie je Krankenhaus-Abteilung und Jahr
- Beachtung der Indikationen zur Durchführung einer interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5 Ziffer 1.5.3.2 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung)

2. Organisatorische und apparative Voraussetzungen

- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Zusammenarbeit mit kardiologischen Schwerpunktpraxen/ qualifizierten Einrichtungen für interventionelle Kardiologie (Herzkatheterlabor)
- Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung/ Praxis zur psychologischen, psychosomatischen oder psychosozialen Behandlung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,

⁵ Entspricht Kennzeichnung **C = Krankenhaus mit Herz-Thorax-Chirurgie** in Anlage 11 (Leistungserbringerverzeichnis stationärer Sektor).

psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse)

- kardiochirurgische Intensivstation
- qualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal

3. Fortbildung

- mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung für das zuständige ärztliche Personal, das Pflegepersonal und das medizinische Assistenzpersonal. Mindestdauer der Fortbildung 4 Stunden im Jahr.
- Mindestens zweimal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischen strukturierten Qualitätszirkeln mit Hausärzten und Fachärzten der kardiologisch qualifizierten Einrichtungen/ Schwerpunktpraxen in der Region. Mindestdauer der Qualitätszirkel 8 Stunden im Jahr.

4. Qualitätssicherung Koronarchirurgie

- Teilnahme an der externen Qualitätssicherung entsprechend § 135 a Absatz 2 SGB V und der Vereinbarung nach § 137 SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung Herz für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Herzchirurgie) mit Teilnahme an der externen
- Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Ziel ist die Verbesserung der Ergebnisqualität.

IV. Indikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation⁶

1. Koronarangiographie

In folgenden Konstellationen ist die Durchführung einer Koronarangiographie insbesondere zu erwägen:

- bei Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom,
- bei Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris (CCS Klasse III

⁶ Aus der 7. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (Anlage 5 der 9. RSA-ÄndV) und dem Begründungstext.

und IV) trotz medikamentöser Therapie,

- bei Patientinnen und Patienten mit Hochrisikomerkmale bei der nicht-invasiven Vortestung, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris und Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz.

2. Interventionelle Therapie und Koronarrevaskularisation

Vor der Durchführung von invasiven Therapiemaßnahmen ist eine individuelle Nutzen – Risikoabwägung durchzuführen. Insbesondere ist die haemodynamische und funktionelle Relevanz der festgestellten Gefäßveränderungen zu prüfen.

Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich auf Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris oder Anginaäquivalent. Die Therapie des akuten Koronarsyndroms ist nicht Gegenstand der Empfehlungen.

- Bei linkskoronarer signifikanter Hauptstammstenose soll primär die operative Revaskularisation (CABG) angestrebt werden.
- Bei Mehrgefäßerkrankung mit hochgradigen proximalen Stenosen (> 70 Prozent) sollen – vorrangig mit dem Ziel der Symptomkontrolle – revaskularisierende Maßnahmen empfohlen werden.
- Bei Eingefäßerkrankung mit hochgradiger proximaler RIVA-Stenose (> 70 Prozent) sollte – unabhängig von der Symptomatik – eine Koronarrevaskularisation empfohlen werden.
- Bei ausgeprägter, persistierender, trotz medikamentöser Therapie bestehender Symptomatik soll zur Symptomkontrolle eine Revaskularisation erwogen werden, bei Eingefäßerkrankung ohne proximale RIVA-Stenose primär eine PCI.

Anlage 5

-Teilnahmeerklärung Vertragsarzt-

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Humboldtstr. 56

22083 Hamburg



Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes:

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) für Versicherte mit KHK informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Das Arztmanual KHK habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KVH nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 13 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und

-verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken).

- den in der Anlage (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte

erfüllen.

- gegenüber der KVH mit der Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVH in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnissen oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift und meiner Schulungsberechtigungen in dem Verzeichnis der Leistungserbringer nach § 9 der Vereinbarung,
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, die Krankenkassen, die Datenstelle, die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, das Bundesversicherungsamt (BVA) und der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 9 dieses Vertrages¹ sowie auf dem Internetauftritt der KVH,
- den Regelungen über die Dokumentation nach Abschnitt VIII der Vereinbarung sowie der Evaluation und Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV der Vereinbarung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen und
- der Einschaltung der von den Vertragspartnern beauftragten Datenstelle nach Abschnitt VIII der Vereinbarung.

Die in der Anlage 5a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit“,
- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das BVA und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß §§ 10 bis 12 unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

¹ Siehe Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis).

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der KVH (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft),
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den Krankenkassen in Hamburg

geschlossenen Vertrag (Beauftragungsvertrag Datenstelle) genehmige ich. Das gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die beteiligten Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt des Vertrages zu informieren.

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms KHK im Rahmen des Vertrages zwischen der KVH und den Hamburger Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil:

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

Ich erkläre:

An der Vereinbarung zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) KHK zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen möchte ich:

auf der ersten Versorgungsebene gemäß § 3 des Vertrags teilnehmen

auf der zweiten Versorgungsebene gemäß § 4 des Vertrags teilnehmen

neben der zweiten auch auf der ersten Versorgungsebene gemäß § 3 Absatz 3 teilnehmen.

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität:

sind beigelegt

liegen der KVH bereits vor.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

[LANR]

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

a) _____ [BSNR/Anschrift]

b) _____ [BSNR/Anschrift]

c) _____ [BSNR/Anschrift]

d) _____ [BSNR/Anschrift]

e) _____ [BSNR/Anschrift]

f) _____ [BSNR/Anschrift]

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich ermächtige sie insbesondere dazu,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 RSAV i. V. m. Anlage 6 RSAV i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Das Arztmanual habe ich erhalten und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Anlage 5a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Koronare Herzkrankheit

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Koronare Herzkrankheit

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum					
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum					
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum					

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum					
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum					
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum					

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Anlage 7a indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2 RSAV:

(zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Familienname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträger	Name der Krankenkasse
5	Krankenkassen-Nummer	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD
11	Modul-Teilnahme ¹⁾	Chronische Herzinsuffizienz ²⁾ : Ja/Nein
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck ³⁾	mm Hg
16	Raucher	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/Diabetes mellitus/KHK/AVK/Schlaganfall/Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	Serum-Kreatinin ⁴⁾	mg/dl/μmol/l/Nicht bestimmt
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	Nächste Dokumentationserstellung geplant am (optionales Feld)	TT.MM.JJJJ

¹⁾ Nur bei DMP KHK auszufüllen.

²⁾ Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40 %.

³⁾ Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen.

⁴⁾ Bei KHK, Asthma bronchiale und COPD nur optional auszufüllen.

Anlage 7b Dokumentationsdaten KHK gemäß Anlage 6 RSAV

(zu §§ 28b bis 28g RSAV)

Koronare Herzkrankheit — Dokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Angina pectoris	Typisch/Atypisch/Nein
2	Serum-Elektrolyte ^{1 2}	Bestimmt/Nicht bestimmt
Relevante Ereignisse		
3	Akutes Koronarsyndrom ³	Herzinfarkt/Andere Form des akuten Koronarsyndroms/Nein
4	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention ³	Koronarangiographie/Koronartherapeutische Intervention ⁴ /Keine
5	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation ^{5 6}	Anzahl
Medikamente		
6	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
7	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
8	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation ⁷
9	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
10	Sonstige Medikation ^{8 9}	Ja/Nein
Schulung		
11	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
12	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
13	KHK-bezogene Über- bzw. Einweisung veranlasst ⁵	Ja/Nein
14	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen? ²	Ja/Nein/Nicht erforderlich

¹ Natrium und Kalium im Serum.

² Nur bei Modul Chronische Herzinsuffizienz.

³ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der 2. und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

⁴ PTCA oder Bypass-Operation.

⁵ Einschließlich Herzinsuffizienz.

⁶ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der 2. und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

⁷ Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten.

⁸ Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder eines arteriellen Hypertonus.

⁹ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß RSAV-Text hingewiesen werden.

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

0308H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

0308H

Krankenhaus-IK

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle
- mich mein koordinierender Arzt bzw. die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie,
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann,
- ich freiwillig am Programm teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher.
- ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Programm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung von 11.03.2008) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

– vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlagen (RSAV) gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß der entsprechenden Anlage zur RSAV überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu-

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu-

Anlage 9 Qualitätssicherung

V 3.1 - Stand 03.07.2008

QUALITÄTSSICHERUNG KORONARE HERZKRAKHEIT (KHK) und MODUL HERZINSUFFIZIENZ Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 6 der RSAV

Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

Teil 2

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen Qualitätsberichterstattung

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
I. Hoher Anteil von Hypertonikern mit normotensiven Blutdruckwerten	<p>Anteil normotoner Patienten (Blutdruckwerte < 140mmHg syst. und < 90mmHg diast.) unter den Patienten mit bekannter oder neu aufgetretener arterieller Hypertonie</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 50%</p> <p><i>optional zusätzlich:</i> Anteil normotoner Patienten (Blutdruckwerte ≤ 140mmHg syst. und ≤ 90mmHg diast.) unter den Patienten mit bekannter arterieller Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 50%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Patienten mit Feld 15 (AD) (Blutdruck) < 140/90mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten mit einer Angabe „Arterielle Hypertonie“ in Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen)</p> <p><i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	<p>LE: Information über das Feedback</p> <p><i>LE: Information durch das Feedback</i></p>
II. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	Anteil der rauchenden Patienten an allen eingeschriebenen Patienten	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Patienten</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie				
III. Hoher Anteil von Patienten, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	Anteil der Patienten, die einen Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten, <u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 6 (ISD) (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten und nicht mit Feld 6 (ISD) = Kontraindikation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. Hoher Anteil von Patienten, die Betablocker erhalten	Anteil der Patienten, die einen Betablocker erhalten. <u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 7 (ISD) (Betablocker) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Patienten und nicht mit Feld 7 (ISD) = Kontraindikation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
V. Hoher Anteil von Patienten mit Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten	Anteil der Patienten mit Herzinsuffizienz, die einen ACE-Hemmer erhalten. <u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 (ISD) (ACE-Hemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Patienten mit Feld 17 (AD) (Chronische Herzinsuffizienz) = „ja“ und nicht mit Feld 8 (ISD) = Kontraindikation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Hoher Anteil von Patienten, die einen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin) erhalten	<p>Anteil der Patienten, die einen HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin) erhalten.</p> <p><u>Zielwert:</u> 60% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 9 (ISD) (HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin)) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten und nicht mit Feld 9 (ISD) = Kontraindikation</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7				
VII. Einhaltung der Überweiskriterien	<p>Anteil der Patienten, die bei folgenden Indikationen überwiesen wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu-Auftreten einer typischen oder atypischen AP-Symptomatik, ▪ neu aufgetretene Herzinsuffizienz 	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 13 (ISD) (KHK-bezogene Über bzw. Einweisung veranlasst) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Patienten</p> <p>(mit Feld 1 (ISD) (Angina Pectoris) = „typisch“ oder „atypisch“ und mit Feld 1 (ISD) (Angina Pectoris) in den dieser Dokumentation vorangegangenen beiden Dokumentationen = „nein“)</p> <p>und/oder</p> <p>(mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „Chronische Herzinsuffizienz“ und nicht mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) in der dieser Dokumentation vorangegangenen Dokumentation = „Chronische Herzinsuffizienz“)</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
4. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation				
VIII. Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation	<p>Anteil der beim ersten Eingang vollständig und plausibel ausgefüllten Dokumentationen unter allen eingegangenen Dokumentationen</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥95%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der bei Ersteingang vollständigen und plausiblen Dokumentationen</p> <p><u>Nenner:</u> Anzahl aller eingegangenen Dokumentationen im Berichtszeitraum</p>	Wenn nicht alle erforderlichen Daten-Felder der Dokumentation vollständig und plausibel ausgefüllt sind	<p>LE: Bitte um Nachlieferung der fehlenden oder unplausiblen Dokumentationsparameter</p> <p>Auswertung im Qualitätsbericht der Gemeinsamen Einrichtung</p>

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien				
IX. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) $\geq 140\text{mmHg}$ syst. oder $\geq 90\text{mmHg}$ diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Patienten mit bekannter Begleiterkrankung „Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr
2. Aktive Teilnahme der Versicherten				
X. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Versicherten mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) an allen eingeschriebenen Versicherten <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
XI. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
XII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 12 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung und/oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr
XIII. Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen	Anteil der verordneten Schulungen, die abgerechnet worden sind. <u>Zielwert:</u> 85%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten, für die innerhalb von 4 Quartalen nach Empfehlung eine Schulung abgerechnet wird. <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (ISD) (Schulung empfohlen) "Diabetes-Schulung" und/oder „Hypertonie-Schulung“	entfällt	Auswertung im Qualitätsbericht

Teil 3 Modul Herzinsuffizienz (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
XIV. Hoher Anteil von am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, die ACE-Hemmer erhalten	Anteil der Patienten im Modul Herzinsuffizienz, die einen ACE-Hemmer erhalten. <u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 8 (ISD) (ACE-Hemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (AD) (Modul-Teilnahme) = „Chronische Herzinsuffizienz: ja“ und nicht mit Feld 8 (ISD) = Kontraindikation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der am Modul teilnehmenden Patienten, die trotz Fehlens einer Kontraindikation keinen ACE-Hemmer enthalten Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts
XV. Hoher Anteil von am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden	Anteil der Patienten im Modul Herzinsuffizienz, bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden.	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 2 (ISD) (Serum-Elektrolyte) = „bestimmt“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit mindestens einer Angabe in Feld 11 (AD) (Modul-Teilnahme) = „ja“ in den letzten 12 Monaten und Teilnahme am DMP von mindestens 12 Monaten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der am Modul teilnehmenden Patienten, bei denen in den vergangenen 12 Monaten keine Elektrolyte bestimmt wurden. Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
XVI. Hoher Anteil von am Modul Herzinsuffizienz teilnehmenden Patienten, die Beta-Blocker erhalten	Anteil der Patienten im Modul Herzinsuffizienz, die einen Betablocker erhalten. <u>Zielwert:</u> 80% unter den Patienten, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 7 (ISD) (Betablocker) = „ja“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Patienten mit Feld 11 (AD) (Modul-Teilnahme) = „Chronische Herzinsuffizienz: ja“ und nicht mit Feld 7 (ISD) = Kontraindikation	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der am Modul teilnehmenden Patienten, die trotz Fehlens einer Kontraindikation keinen Betablocker enthalten Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts

Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 6

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

Erläuterungen zu den Algorithmen

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen (AD) auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen (ISD) auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6 der RSAV. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.

Zu beachten sind jeweils die Zeiträume, auf die sich eine indikatorgestützte Auswertung oder Maßnahme bezieht. Da Feedbackberichte an den Arzt halbjährlich erfolgen, beziehen sich die Auswertungen auf einen Berichtszeitraum von jeweils einem halben Jahr. Liegen in diesem Zeitraum mehrere Dokumentationen vor, bezieht sich eine Auswertung auf die jeweils jüngste (= aktuelle), sofern dies nicht durch den Algorithmus implizit anders vorgegeben ist. Unter dem Begriff „DMP-Dauer“, der unterschiedlich interpretiert werden kann, ist im Kontext der Anlage zur Qualitätssicherung die Laufzeit des Programms zu verstehen und nicht die Teilnahmedauer einzelner Versicherter am Programm.

Im Falle verlaufsbezogener Auswertungen nach Teilnahmedauer (s.u.) ergibt sich die Notwendigkeit, Zeiträume eindeutig zu definieren: Bezugsgrößen sind hier immer das Datum der Einschreibung sowie die im DMP durchlaufene Mindest-Teilnahmezeit, die durch den Beginn des darauf folgenden Berichtszeitraums beendet wird. So entspricht z. B. bei halbjährlichen Berichtszeiträumen eine Teilnahmedauer von 1 Jahr einer Folgedokumentation ≥ 1 Jahr und $< 1,5$ Jahre nach Datum der Einschreibung des zugehörigen Patienten. Auch hier gilt bei Vorliegen mehrerer Dokumentationen im selben Zeitraum, dass die jüngere Dokumentation maßgeblich ist. Nach längerer Laufzeit des DMPs können verlaufsbezogene Darstellungen aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit auch auf Jahresräume abzielen.

ALLGEMEIN

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit (KHK) verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende Bereiche abdecken:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden. Die Interpretation der Ergebnisse einzelner Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt dabei unter Berücksichtigung unterschiedlicher Risikostrukturen.

Die an den Arzt gerichtete Qualitätssicherung wird vorrangig über den Feedback-Bericht geleistet. Dieser Bericht wird halbjährlich erstellt und den teilnehmenden Ärzten zugesandt. Darin werden alle relevanten Daten ausgewertet und jeweils die Daten der eigenen Praxis mit dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt. Dadurch ist ein aussagekräftiger Vergleich der jeweiligen Praxis mit dem Praxisdurchschnitt möglich. Zudem werden dem DMP-Arzt allgemeine Hinweise und Fragen zur möglichen Verbesserung der Patienten-Versorgung zur Verfügung gestellt. Dadurch wird der Feedback-Bericht zu einem praktischen Instrument zur Erreichung der QS-Ziele.

Eve A. Kerr et al. haben in einer jüngeren Untersuchung auf die Unzulänglichkeiten vieler Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen, die eine zu ungenaue Verknüpfung von QS-Zielen und den klinischen Parametern aufweisen. Daher war die Absicht bei der Auswahl unserer Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen, eine möglichst enge Verbindung von QS-Zielen und klar definierten Ergebnisparametern herzustellen.

Literatur

E. Kerr et al: Avoiding Pitfalls in Chronic Disease Quality Management: A Case for the Next Generation of Technical Quality Measures, Am J Manag Care 2001; 7: 11, 1033-1043

Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sollen Qualität messbar machen und darüber hinaus einen Anreiz darstellen, unbefriedigende Werte zu verbessern; weiterhin sollten sie es durch die Schaffung eines gemeinsamen Koordinatensystems ermöglichen, Ergebnisse auf nationaler sowie internationaler Ebene miteinander zu vergleichen und zu diskutieren. Die bereits auf internationaler und nationaler Ebene (z.B. RAND, NCQA, FACCT, NHS; AQUA)¹ entwickelten und in Leitlinien² beschriebenen Qualitätsindikatoren wurden bei der Auswahl der Qualitätsziele, sofern dies die Datenvorgabe erlaubt, entsprechend berücksichtigt.

Weitgehende Übereinstimmung besteht in den verschiedenen Indikatorsystemen bezüglich der medikamentösen Therapie und der Sekundärprävention der KHK, aufgrund der Tatsache, dass die Studienlage hierzu eindeutig ist und Qualitätsindikatoren direkt aus randomisiert kontrollierten Studienergebnissen abgeleitet werden können. Es konnte gezeigt werden dass manche Medikationen, wie Thrombozytenaggregationshemmer, β -Blocker, ACE-Hemmer und Statine die Überlebenszeiten von KHK-Patienten verlängern können. Teilweise werden hierbei auch Angaben zu möglichen Schwellenwerten gemacht, die ebenfalls im wesentlichen übereinstimmen und als erste Richtgrößen angegeben wurden.

Bezüglich der Blutdruckeinstellung beziehen sich die existierenden Qualitätsindikatoren auf regelmäßige Messungen und auch spezieller auf die Auswahl der antihypertensiven Medikation. Einigkeit besteht auch darin, dass bei der KHK die Mitarbeit der Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Insofern gilt die Teilnahme an Schulungen ebenfalls als wichtiges abprüfbares Qualitätsziel.

Für viele der Qualitätsziele bzw. -indikatoren, die sich an den in der RSAV festgelegten Inhalten zu Dokumentation und Qualitätssicherung orientieren müssen, steht eine nur sehr eingeschränkte wissenschaftliche Evidenz zur Verfügung, aus der sich quantitative Zielformulierungen ableiten ließen. Hier können jedoch oftmals die aus dem bisherigen DMP-Verlauf gewonnenen Daten und Erfahrungen genutzt werden und Ziele entsprechend formuliert werden. Da das DMP Koronare Herzkrankheit in einigen Berichts- bzw. Vertragsregionen mittlerweile seit drei Jahren besteht und nun mehr Feedback- und Qualitätsberichte zur Verfügung stehen, lassen sich nunmehr zumindest auf dieser Basis besser und realistischer fundierte Ziele / Indikatoren definieren als dies in den bisherigen QS-Anlagen der Fall war. Folgende Zeiträume liegen den aus Qualitätsberichten der jeweiligen Regionen beispielhaft für Begründung und Erläuterung entnommenen Daten zugrunde:

- Berlin: 01.01.2005 bis 31.12.2005
- Brandenburg 01.01.2005 bis 31.12.2005

¹ RAND: Research and Development- Collaboration (www.rand.org), NCQA: National Committee for Quality Assurance (www.ncqa.org), FACCT: FACCT (foundation for accountability; (www.facct.org), NHS: NHS (National Health Service) Performance Indicators. (www.doh.gov.uk), AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (www.aqua-institut.de)

² S. Abschnitt Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien, Literatur
dmp_khk_anlage09_2010-05-28.doc

- Bremen: 01.07.2005 bis 30.06.2006
- Nordrhein 01.01.2005 bis 31.12.2005
- Westfalen-Lippe 01.01.2005 bis 31.12.2005

Des Weiteren lassen sich auch in Unkenntnis der tatsächlichen Versorgungsgegebenheiten aus der Beobachtung von Verläufen Trends ableiten („time-trend-analysis“), die zumindest eine Aussage darüber erlauben, ob sich einzelne Parameter im Lauf des DMP gebessert (oder verschlechtert) haben. Diesen Trends läge die Hypothese zugrunde, dass durch eine Teilnahme am DMP prozess- und ergebnisorientierte Parameter gebessert werden. Maßgeblich dafür wären die Charakteristika der DMP, die u.a. durch klar strukturierte Behandlungsabläufe, evidenzbasierte Grundlagen und den aktiven Einbezug der Patienten (Schulungen, verstärkte Informationen etc.) gekennzeichnet sind.

Bei den hier vorliegenden Indikatoren und Algorithmen wurde grundsätzlich darauf verzichtet, Auswertungen nur auf Patienten mit Abweichungen von Zielen des DMP aufzusetzen. Beispiele hierfür wären die Gruppen derer, die bei einer Konsultation Symptome oder einen hohen Blutdruck aufgewiesen hatten und bei der darauffolgenden Gelegenheit auf die Persistenz oder Nicht-Persistenz des Problems hin überprüft wurden. Hierbei tritt immer ein von der Intervention (dem DMP) unabhängiger Effekt zurück zum Durchschnitt oder dem Normalen ein („Regression-to-the-Mean“), der empirisch kaum quantifizierbar ist.

Analyse von Zeitverläufen bei Ergebnisparametern

Bei verlaufsbezogenen Analysen sind im Kontext des DMP grundsätzlich mehrere Methoden denkbar:

A. Auswertung nach Teilnahmedauer

Auswertung aller Dokumentationen, die ein gleiches DMP-Alter bzw. eine gleiche DMP-Teilnahmedauer aufweisen, also alle Dokumentationen, die im 1., 2., 3. etc. Quartal der Teilnahme aller Patienten erstellt wurden. Sie sind damit unabhängig vom Datum der Einschreibung eines Patienten oder dem kalendarischen Alter des DMP an sich.

Hat ein Patient bereits 2 Jahre teilgenommen, fließen alle ihm zuzuordnenden vorherigen Daten entsprechend der jeweiligen Teilnahmedauer der Dokumentationen in die Verlaufsbeobachtung ein. So werden z. B. seine nach einem Jahr Teilnahme erhobenen Daten mit all denjenigen Daten anderer Patienten, für die das Kriterium „ein Jahr Teilnahme am DMP“ gilt, gepoolt. Mit zunehmender Teilnahmedauer nimmt dementsprechend die Anzahl der ausgewerteten Dokumentationen in der Zeitreihe ab. Des Weiteren ändert sich mit jedem Bericht die Anzahl der in die Auswertung eingeschlossenen Dokumentationsbögen (und damit auch die Ausprägung der Parameter) für alle Zeiträume. Diese Analyseart ist für Prozess- und Ergebnisparameter anwendbar .

Vorteile dieser Methode:

- Keine „Regression-to-the-Mean“ als systematischer Fehler.
- Ausgleich von Verzerrungen durch einen Selektions-Bias, der durch mögliche Unterschiede zwischen Patienten, die sich früh in das DMP eingeschrieben haben (die Interessierteren, Aktiveren) gegenüber denen, die später kamen, resultieren könnte.
- Abbildung der Hypothese, dass sich eine positive Wirkung des DMP auf Patientenseite durch Lern- und Informationsprozesse eher langsam und schrittweise einstellt. Zugleich werden damit Effekte auf Seiten der LE erfasst.
- Für viele Indikatoren besteht im Feedback an den Leistungserbringer das Problem kleiner Fallzahlen. Gepoolte Daten nach Teilnahmedauer minimieren dieses Problem, indem die Fallbasis erweitert wird.
- Betrachtung des Gesamtverlaufs des DMP.

Hauptnachteil ist die sich ändernde Datengrundlage für jeden Berichtszeitraum.

B. Auswertung von Kohorten

Sie basieren darauf, dass Patientengruppen mit gleichem Einschreibzeitpunkt oder -quartal über die Zeit analysiert werden. Für die Auswertung werden also nur die Daten dieser speziellen Gruppe in ihrem Verlauf betrachtet. Bei halbjährlichen Berichtszeiträumen ließen sich nach 1,5 Jahren Existenz des DMP drei separate Kohorten (eine mit 1, eine mit 2 und eine mit 3 Halbjahren Teilnahme am DMP) bilden und getrennt voneinander bzgl. ihres Verlaufs analysieren. Ein gutes Beispiel hierfür liegt bei der Methodik für die gesetzliche Evaluation vor.

Ein wesentlicher Vorteil liegt in der gegenüber Methode A höheren Aussagekraft über die Entwicklung von Parametern im Verlauf des DMP. Dies trifft allerdings nur unter der Voraussetzung zu, dass ausreichend große Fallzahlen zur Verfügung stehen. Daraus leitet sich unmittelbar der Hauptnachteil im Rahmen einer Feedback-Berichterstattung ab: Die Fallzahlen sind für das Feedback an die Leistungserbringer zu klein. Zudem lassen sich verschiedene Kohorten ohne Kenntnis weiterer Charakteristika kaum miteinander vergleichen. Im Kontext der QS - Anlage wird daher auf diese Art der zeitbezogenen Auswertung verzichtet.

C. Berichtszeitraumauswertungen mit/ohne Vergleich zum vorangegangenen Zeitraum

Hier wird unabhängig von der tatsächlichen Teilnahmedauer der Patienten am DMP ein Querschnitt durch alle in einem definierten Berichtszeitraum vorliegenden Ausprägungen von Parametern durchgeführt und mit denen anderer, im Falle der Feedback-Funktion mit dem vorangegangenen Berichtszeitraum verglichen. Damit lassen sich in erster Linie Eigenschaften der LE bzw. Prozessparameter abbilden, z. B. das Verschreibungsverhalten bei Arzneimitteln oder die Rate

verordneter Schulungen. Für Indikatoren, die stark vom Patienten abhängen oder ergebnisorientiert sind, ist das Verfahren zwar weniger geeignet. Andererseits bietet diese Art der Darstellung jedoch den Vorteil, dass sie im Sinne des Feedbacks unmittelbar und leichter nachvollziehbar ist als eher evaluative Ansätze mit Betrachtung größerer Zeiträume. Im Hinblick auf die Hauptfunktion der Feedbackberichte wird daher dieser Analyseart meist der Vorzug eingeräumt.

Die in den Anlagen formulierten QS-Ziele sollen für die Feedback- bzw. QS-Berichte jeweils nach folgender Methode ausgewertet werden:

Nach Methode A: I (optional vereinbar)

Nach Methode C: alle

Spezielle Indikatoren

1. Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien

Bei der Auswahl der QS-Ziele wurden diejenigen Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzerkrankung von zentraler Bedeutung sind. Medizinischer Kernpunkt ist dabei die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien. Dabei steht im Behandlungsprogramm die Dauerbehandlung der chronischen KHK im Vordergrund. Die vorliegende QS-Anlage berücksichtigt in diesem Kontext den Blutdruck. Die Definition von Indikatoren, die sich auf Folgeerkrankungen beziehen, scheint wegen der langen Latenz dieser wichtigen Endpunkte gegenwärtig noch nicht bzw. unter dem Aspekt einer individuellen Feedbacksituation nicht sinnvoll.

Medizinischer Kernpunkt der QS ist die Behandlung nach den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Bei der Auswahl von QS-Zielen wurden die Aspekte berücksichtigt, die im strukturierten Behandlungsprogramm für die Koronare Herzerkrankung von zentraler Bedeutung sind. Dabei steht im Behandlungsprogramm die Dauerbehandlung der chronischen KHK im Vordergrund. Behandlungsstrategien der akuten Notfallbehandlung (Myokardinfarkt) sowie der Rehabilitativbehandlung sind nicht Gegenstand des Programms.

Die Therapieziele des Programms bestehen aus der:

Reduktion der Sterblichkeit der Erkrankung

Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere der Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz.

Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

In der Nichtmedikamentösen Therapie spielen die individuelle Risikoabschätzung und die Beratung zu Lebensstilveränderungen eine wichtige Rolle.

Bei der Pharmakotherapie ist zwischen prognostischer und symptomatischer Behandlungsindikation zu unterscheiden. Bei ersterer steht die Vermeidung des ersten bzw. weiteren Myokardinfarkts im Vordergrund ("Disease- Modifying Drugs" wie β -Blocker, Thrombozytenaggregationshemmer, ACE-Inhibitoren, Lipidsenker), bei letzterer die Reduktion der Häufigkeit von Angina-Pectoris-Anfällen und die Kupierung des Anfalls ("Symptom-Modifying Drugs" wie β -Blocker, Nitrate, Kalziumkanalblocker). Koronarangiographien, Interventionelle Therapiemaßnahmen im Sinne perkutaner koronarer Interventionen sowie die Bypass-Operationen spielen eine zentrale Rolle in der Behandlung der KHK. Sie sind als invasive Maßnahmen jedoch mit einem relevanten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko behaftet. Die Anzahl der durchgeführten Interventionen hat jedoch seit der Einführung der Methode 1977 exponentiell zugenommen und die Untersuchungsindikationen eine nicht immer kontrollierte Ausbreitung erfahren. Eine wichtige Aufgabe besteht zur Zeit darin, einen aktuellen Indikationskatalog abzuleiten, der auf dem klinischen "Outcome" der Patienten bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Gesamtkosten unter einer kritischen Kosten/Nutze/ Analyse basiert. In Deutschland liegt derzeit ein Ungleichgewicht zwischen den Aufwendungen für invasiv-interventionelle Maßnahmen im Vergleich zu den Bemühungen für die primäre und sekundäre Prävention vor. Revaskularisationsstrategien sind jedoch nicht Inhalt des Disease-Management-Programms KHK.

Das bisherige QS-Ziel, das auf die Angina pectoris-Symptomatik abzielt (Verbesserung oder Verhinderung einer Verschlechterung), lässt sich auf Grundlage des neuen Dokumentations-Datensatzes nicht mehr adäquat abbilden. Hier war wegen mangelnder Präzision bzw. mangelnder definitorischer Trennschärfe der Angina-Schweregrade auf diese Ausprägungen verzichtet worden.

Zu QS-Ziel I

Als normotoner Blutdruckbereich gelten heute Werte von $<140/90$ mmHg. Je nach Risikokonstellation kann das Therapieziel auch darunter, kaum hingegen darüber liegen. Deutsche Studien zur Blutdruckeinstellung im primärärztlichen Bereich zeigen in der Regel eine Zielwerterreichung ($<140/90$ mmHg) von maximal 40%. International ist je nach Definition des Zielwerts das Ergebnis bei großer Varianz ähnlich.

Auswertungen von DMP-Daten weisen auf einen deutlich höheren Anteil von hypertensiven Teilnehmern mit nach Zieldefinition ausreichend eingestelltem Blutdruck hin.³ Dies kann als deutlicher Hinweis auf eine Inkongruenz zwischen angestrebtem Zielbereich und dem eigentlichen durch Evidenz unterlegten numerischen Blutdruckmaximum gewertet werden. Zudem bestehen sowohl bei den veröffentlichten Studien wie auch bei den im Rahmen der Dokumentation im DMP erhobenen Daten methodische Einschränkungen, die ihren Wert als Grundlage für die Formulierung von Indikatoren begrenzen. Daher sollte auch hier ein verstärktes Augenmerk auf den Verlauf des Parameters gerichtet werden.

³ In der gleichen Auswertung bestand bei 60% der Patienten bereits bei Einstieg in das DMP keine Notwendigkeit das Therapieziel anzupassen, nach 1 Jahr lag der Anteil bereits bei über 70% (AOK-Bundesverband).

Der bisherige Zielwert von 40% wurde in den Regionen, für die entsprechende Qualitätsberichte vorliegen, bereits initial erreicht, die erhobenen Werte lagen bei bis zu über 60%. Da im Unterschied zum bisherigen Indikator in die betrachtete Grundgesamtheit nun auch diejenigen Patienten mit gerade neu festgestellter Hypertonie aufgenommen wurden, ist eine Beibehaltung der bisherigen Zielvorgabe von $\geq 50\%$ im dritten Jahr („im Mittel 45%“) gerechtfertigt.

Zu QS-Ziel II und XI

Für das Auftreten bzw. den Verlauf der KHK ist eine große Zahl von Risikofaktoren identifiziert worden. Ein wesentlicher Risikofaktor mit großer Bedeutung für die Versorgung der Patienten ist der chronische Nikotinabusus.

Die vollständige Beendigung des Rauchens (Abstinenz) ist die wichtigste therapeutische Einzelmaßnahme bei Patienten mit Gefäßerkrankungen. Der behandelnde Arzt soll den Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens für die KHK aufklären, spezifisch beraten und dringlich empfehlen, das Rauchen aufzugeben. Um einen möglichen Trend hinsichtlich der Beendigung des Rauchens der am DMP KHK teilnehmenden Versicherten darzustellen wird der Anteil der rauchenden Patienten ermittelt. Neben dem ärztlichen Beratungsgespräch kann seitens der Krankenkasse der Wunsch des Versicherten das Rauchen zu beenden mit Aufklärungs- und Informationsmaterial über Maßnahmen zur Raucherentwöhnung unterstützt werden.

Literatur

Lebensstilveränderungen, Vermeidung und/oder Reduktion der Schwere der Angina pectoris

- American College of Cardiology (ACC/AHA/ACP-ASIM) 1999; Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina; J Am Coll Cardiol 1999; 33(7): 2092-197
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; www.leitlinien.de
- Canadian Cardiovascular Society; Can J Cardiol 1998; 14(Suppl. C): 2C-23C.
- European Society of Cardiology: Prevention of coronary heart disease in clinical practice; European Heart Journal 1998; 19: 1434-1503; <http://www.opot.org/guidelines/sihd.pdf>
- Institute for Clinical Systems Improvement 2001; Stable Coronary Artery Disease; <http://www.icsi.org/guide/SCAD.pdf>
- International Taskforce for Prevention of Coronary Heart Disease: Pocket Guide for Prevention of Coronary Heart Disease 2003; http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket_guide_engl.pdf
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2000; Secondary Prevention of Coronary Heart Disease following Myocardial Infarction (Nr. 41); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign41.pdf>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2002; Cardiac Rehabilitation (Nr. 57); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign57.pdf>

Medikamentöse Therapie

- American College of Cardiology (ACC/AHA/ACP-ASIM) 1999; Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina; J Am Coll Cardiol 1999; 33(7): 2092-197
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; www.leitlinien.de
- The European Society of Cardiology: Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; European Heart Journal (2001) 22, 554-572
- International Taskforce for Prevention of Coronary Heart Disease: Pocket Guide for Prevention of Coronary Heart Disease 2003; http://www.chd-taskforce.com/pdf/pocket_guide_engl.pdf
- Ontario Program for Optimal Therapeutics; 2000; Ontario Drug Therapy Guidelines for Stable Ischemic Heart Disease in Primary Care; <http://www.opot.org/guidelines/sihd.pdf>

Interventionelle Therapie

- American College of Cardiology (ACC/AHA); 2002 Guidelines for the Management of Patients with unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction; J Am Coll Cardiol. 2002 Oct 2;40(7):1366-74.
- ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002; www.leitlinien.de
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network 1998; Coronary revascularisation in the management of stable angina pectoris (Nr. 32); <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign32.pdf>

2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie

Zu QS-Zielen III bis VII

Gegenstand der Qualitätssicherung sind die Verfolgung des Anteils von gemäß den Empfehlungen der RSAV vorrangig verordneten Arzneimitteln.

Neu aufgenommen wurde ein Indikator zum Ziel Patienten zur sekundären Prävention mit einem Thrombozytenaggregationshemmer zu versorgen. Bei Patienten mit bestehender KHK können hierdurch Ereignisse vermieden werden. Der Indikator wurde in Analogie zum vergleichbaren Indikator aus der QS zum DMP DM 2 formuliert und bzgl. des zu erreichenden Zielwerts unverändert gelassen.

Entsprechendes gilt für die Indikatoren zur Gabe von Betablockern (IV), ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz (V) und Statinen (VI).

Literatur

Thrombozytenaggregationshemmer

Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. BMJ 2002;324: 71-83.

3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7

Anders als in der Diabetiker-Versorgung, in der z.B. die jährliche Augenarztuntersuchung ein "Musskriterium" darstellt, existieren derzeit für die Versorgung der KHK-Patienten keine eindeutigen Kriterien (Qualitätsindikatoren), die allen Beteiligten z.B. Patienten, ambulanten und stationären Ärzten Entscheidungshilfen geben, wann sie die nächste Versorgungsebene aufsuchen müssen bzw. wann sie überweisen müssen. Die in Abschnitt 1.7.2 der Anlage 5 aufgeführten Indikationen stellen demnach optionale Indikationen dar, die vom Arzt bei jedem Patienten individuell geprüft werden sollen. Daher ist hier die Vereinbarung eines verbindlichen Zielwerts nicht möglich.

Literatur

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2001; Management of Stable Angina (Nr. 51);

ÄZQ (ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung): Leitlinien-Clearingbericht "Koronare Herzkrankheit" 2002

5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation

Für diesen Bereich soll die Qualitätssicherung gewährleisten, dass in allen Fällen eine korrekte Einschreibung erfolgt. Das heißt, dass auch tatsächlich nur Versicherte mit einer gesicherten Diagnose der Koronaren Herzerkrankung eingeschrieben werden und die ausgefüllten Dokumentationen zeitnah zur Verfügung stehen. Allerdings erlaubt eine detaillierte Angabe von Einschreibekriterien in der Dokumentation noch keine valide Prüfung, ob die Kriterien beim betreffenden Teilnehmer auch tatsächlich erfüllt sind. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Überarbeitung der Dokumentation mit der 17. RSAV-ÄndV auf ein weiteres Abfragen der diesbezüglichen Parameter verzichtet. Das Vorliegen einer Koronaren Herzerkrankung wird nunmehr vom betreuenden Arzt per Unterschrift attestiert, was gleichzeitig Voraussetzung für die Programmteilnahme ist. Von daher ist das bisherige QS-Ziel „Sicherstellung einer korrekten Einschreibung“ nicht mehr über die Dokumentation abzubilden und entfällt.

Zu QS-Ziel VIII

Durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde mit dem 1. April 2007 auf die formale Verpflichtung der Prüfung der Vollständigkeit des kompletten Datensatzes (ehemalige a-Daten der Anlage 2a der RSAV), Voraussetzung für eine Weiterleitung der Daten zur weiteren Verarbeitung, verzichtet. Zur Vereinfachung der administrativen Prüfprozesse sollte nur noch der Datensatz der Anlage 2b auf Vollständigkeit geprüft werden, mithin auch ein im Sinne der Anlage 2a unvollständiger Datensatz weitergeleitet werden können. Mit Inkrafttreten der 17. RSAV-ÄndV hat sich die Situation erneut geändert und es wird ein vollständiger und plausibler Komplettdatensatz gefordert. Damit wird auch

nicht mehr auf die Qualität an sich, sondern auf die Plausibilität der Dokumentationsdaten als Surrogat für Qualität abgesetzt. Die Vollständigkeit und Plausibilität der Daten ist im Rahmen einer in der entsprechenden zu zertifizierenden Software verankerten Plausibilitätsprüfung feststellbar. Für die Prüfung der Validität, also der Übereinstimmung der Angabe mit der Wirklichkeit, als wesentlichen Bestandteil von Qualität fehlen im Kontext DMP jedoch die Möglichkeiten. Vollständigkeit und Qualität der Dokumentationen sind zwar wesentliche Voraussetzungen für die Qualitätssicherung und die Evaluation, können daher jedoch nur näherungsweise sichergestellt werden. Ungeachtet dessen haben Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen keinen relevanten Einfluss darauf, dass es Ziel der Qualitätssicherung sein muss zu überprüfen und sicherzustellen, ob und dass ein vollständiger und korrekter Datensatz vorliegt. Daraus abzuleiten sind Maßnahmen, die den die Dokumentation erstellenden Arzt im Falle von Fehlern um Korrektur bitten.

Literatur

Shea S et al. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *J Am Med Inform Assoc* 1996; 3: 399-409

Weingarten et al. Practice guidelines and reminders to reduce duration of hospital stay for patients with chest pain. An interventional trial. *Ann Intern Med* 1995; 120: 257-263

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

Allgemein

Die Qualitätssicherung soll gewährleisten, dass die zentralen Intentionen, die mit dem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit verbunden sind, auch tatsächlich umgesetzt werden. Gemäß der RSAV muss die Qualitätssicherung folgende Bereiche abdecken:

- Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.7
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation
- Aktive Teilnahme der Versicherten

Die Auswahl der Qualitätssicherungsziele und –maßnahmen wurde so getroffen, dass für alle relevanten Bereiche der Qualitätssicherung, die über die Parameter der beiden QS-Anlagen und/oder die Leistungsdaten der Krankenkassen überprüfbar sind, jeweils relevante und nachvollziehbare QS-Ziele überprüft werden.

Die versichertenbezogene Qualitätssicherung, über die von der jeweiligen Krankenkasse regelmäßig zu berichten ist, wird vorrangig über eine individuelle, anlassbezogene Versichertenkommunikation geleistet. Diese Aufklärung erfolgt primär durch die Zusendung von Broschüren oder Informationsschriften, ggf. kann ein persönliches Telefonat oder ein Gespräch mit dem dafür einschlägig geschulten Krankenkassen-Mitarbeiter stattfinden.

Die Begründungen für die Qualitätsziele I-III entsprechen den in „Erläuterungen und Begründung zur arztbezogenen Qualitätssicherung“ zu den Bereichen Anforderungen an die Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien und Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Abschnitt 1.8 erfolgten Angaben und sind in diesem Dokument nachzulesen. Die in der vorliegenden Anlage erfolgte redundante Nennung der Indikatoren zu diesen Zielen unterstreicht nochmals den Kontext, in dem die versichertenbezogene Maßnahme ihre Wirkung ausüben soll.

Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität

Entgegen der Vorgaben in §28c und der Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV wird in den Qualitätssicherungsanlagen auf eine explizite Nennung des Bereichs „einzuhaltende Strukturqualität“ verzichtet.

Leistungserbringer bzw. Versorgungseinrichtungen müssen festgelegte Mindestkriterien zu beruflicher Qualifikation sowie personeller und apparativer Ausstattung erfüllen, um am DMP teilnehmen zu können. Diese Anforderungen sind in den DMP-vertraglichen Anlagen zur Strukturqualität festgelegt und werden zu Beginn einer Teilnahme geprüft. Ein Nicht-Vorliegen der geforderten Qualifikation schließt die Teilnahme aus. Die vertragliche Vereinbarung stellt damit indirekt sicher, dass alle teilnehmenden Leistungserbringer die geforderten Voraussetzungen erfüllen, wodurch ein mit einem Indikator unterlegtes Qualitätsziel im Kontext dieser Anlage entbehrlich wird. Dementsprechend wird im Rahmen der Dokumentation auch kein Parameter erhoben, der die Messung oder Überprüfung eines Ziels zur Einhaltung der Strukturqualität gestatten würde.

Aktive Teilnahme der Versicherten

Die aktive Teilnahme der Versicherten ist ein essentieller Bestandteil, den die RSAV für strukturierte Behandlungsprogramme für Koronare Herzkrankheit fordert. Dementsprechend wurden die QS-Ziele X-XIII für diesen Bereich definiert: Die Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten, die Informationsangebote für rauchende Patienten zum Tabakverzicht und die Wahrnehmung empfohlener bzw. die Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen.

Aus Erfahrungen mit anderen Projekten ist abzulesen, dass eine direkte Versichertenkommunikation die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme steigert.

Die einzige Ausnahme von den anlassbezogenen sich direkt an den Versicherten richtenden Maßnahmen liegt bei dem Qualitätsziel „Erhöhung der Rate verordneter und durchgeführter Schulungen“ vor. Hier wird durch die Berücksichtigung von Abrechnungsdaten die Rate tatsächlich durchgeführter Schulungen unter den empfohlenen Schulungen ermittelt. Über diese Rate gibt der jährliche Qualitätsbericht der Krankenkassen Aufschluss. Die Berücksichtigung eines Parameters zur Abrechnung für versichertenorientierte Maßnahmen ist wegen der großen Latenzzeit, mit der solche Daten vorliegen, nicht sinnvoll im Rahmen einer anlassbezogenen Versichertenkommunikation zu operationalisieren. Diese Latenz beträgt unter Berücksichtigung der Möglichkeit, einen Schulungstermin aus guten und unverschuldeten Gründen nicht wahrnehmen zu können, über ein Jahr. Ein Bezug zur Empfehlung des Arztes an einer Schulung teilzunehmen wäre damit für den Patienten in der Regel nicht mehr nachvollziehbar.

Literatur

Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten

Evaluation des Gesundheitsmanagementprojektes der AOK Schleswig-Holstein im Rahmen der Sekundär-/Tertiärprävention, Abschlussbericht, WIDO

Teil 3 Modul Herzinsuffizienz

Aufgrund der absehbar zu erwartenden geringen Versichertenanzahl im Modul Herzinsuffizienz pro teilnehmenden Leistungserbringer ist eine arztbezogene Kennzahlauswertung des Moduls nicht sinnvoll, eher hingegen die individuelle Rückspiegelung derjenigen Patienten, bei denen die eigentlich erforderliche Maßnahme nicht durchgeführt wird bzw. wurde. Das Feedback übernimmt hier eine Reminder-Funktion.

QS-Ziel XIV

Anzustreben ist eine regionale Auswertung insbesondere für die Ausweisung des Anteils der am Modul teilnehmenden Patienten die einen ACE-Hemmer erhalten. Diese regionbezogenen Daten können dann mit einer ebenfalls regionalen Auswertung des Anteils der am DMP teilnehmenden Patienten die einen ACE-Hemmer erhalten, verglichen werden. Zur Rolle der Gabe von ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz vgl. ansonsten die Erläuterungen zu Teil 1 unter „Qualitätsindikatoren.“

QS-Ziel XV

Die Empfehlung einer in regelmäßigen Abständen erfolgenden Bestimmung der Serum-Elektrolyte beruht auf einem in vielen Leitlinien kongruent zu findenden Expertenkonsens. Eine darüber hinausgehende höhergradige Evidenz in Form empirischer Studien für den Nutzen der Maßnahme liegt nicht vor. Hintergrund sind die häufige Beeinflussung der Elektrolyt-Homöostase durch Arzneimittel (Diuretika) bzw. deren latente oder manifeste Störung durch die Herzinsuffizienz an sich oder durch eine angesichts des höheren Alters vieler betroffener Patienten nicht ungewöhnliche begleitende Nierenfunktionsstörung.

QS-Ziel XVI

Eine Therapie mit Betablockern in Kombination mit ACE-Hemmern verbessert bei stabilen Patienten ohne Flüssigkeitsretention Symptomatik und Belastungstoleranz, verzögert die Krankheitsprogression und vermindert die Hospitalisationsrate und die Sterblichkeit. Daher ist es im Modul Herzinsuffizienz ein Ziel eine hohe Verordnungsrate dieser Arzneimittel zu erreichen, insbesondere für Bisoprolol, Carvedilol und Metoprololsuccinat, da nicht von einem Klasseneffekt ausgegangen werden kann. Auch hier ist wegen der eher geringen Zahl in Frage kommender Patienten in einer durchschnittlichen Praxis wieder eine regionsbezogene Auswertung angezeigt. Bei diesem Indikator (wie auch bei QS-Ziel XIV) ist von einer anderen Grundgesamtheit auszugehen als bei der entsprechenden Auswertung in Teil 1 (QS-Ziel IV bzw. V). Die Gruppe der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz wird auf Grundlage klarer in der RSAV-Anlage verankerter diagnostischer Kriterien determiniert und stellt insofern nur eine Teilmenge der Patienten mit der Komorbidität Herzinsuffizienz dar, die sich nach anderen diagnostischen Kriterien ergeben kann (z.B. auch Patienten mit diastolischer Insuffizienz).

Anlage 11 – Leistungserbringerverzeichnis KHK (stationäre Einrichtungen)

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

„Teilnehmende Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen am Behandlungsprogramm KHK“

Versorgungsoptionen (Mehrfachnennungen möglich)

- A = Krankenhaus mit ausschließlich nicht-invasiver Diagnostik / Therapie
- B = Krankenhaus mit invasiver Diagnostik / Therapie
- C = Herz-Thorax-Chirurgie
- D = Rehabilitationseinrichtung (Reha)

Krankenhaus/ Rehabilitationseinrichtung	IK	Straße, Hausnummer	Ort	Telefon- Nummer	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungs- optionen	Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz
Asklepios Klinik Altona	260 200 068	Paul-Ehrlich-Str. 1	22763 Hamburg	040/1818-810	01.02.2006		B	X
Asklepios Klinik Barmbek	260 200 035	Rübenkamp 220	22307 Hamburg	040/1818-820	01.02.2006		A, B	X
Asklepios Klinik Harburg	260 200 079	Eißendorfer Pferdeweg 52	21075 Hamburg	040/1818-860	01.02.2006		A, B	X
Asklepios Klinik St. Georg	260 200 024	Lohmühlenstr. 5	20099 Hamburg	040/1818-850	01.02.2006		A, B, C	X
Asklepios Klinik Wandsbek	260 200 104	Alphonsstr. 14	22043 Hamburg	040/1818-830	01.02.2006		A, B	X
Schön Klinik Eilbek	260 200 046	Dehnhaiide 120	22081 Hamburg	040/20922092	01.02.2006		A	
Albertinen-Krankenhaus	260 200 171	Süntelstr. 11a	22457 Hamburg	040/5588-1	01.02.2006		B	X
Universitäres Herzzentrum Hamburg	260 200 990	Martinistr. 52	20246 Hamburg	040/7410-0	01.12.2006		B, C	X
Kompass Klinik Kiel	510 100 524	Heikendorfer Weg 9-27	24149 Kiel	0431/2090-0	01.02.2006		D	X

-Anlage 12-

zum Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

Schulungen / Vergütung

Schulung	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Einheiten und Vergütung
1. Medias 2 (Mehr Diabetes Selbst Management für Typ 2, Kulzer-B:Diabetes-Journal 2/2001), Gruppen von 8 bis 10 Patienten	für alle nicht insulinpflichtigen Diabetiker mit Übergewicht (und Hypertonus) unter 65 Jahren, wenn eine Verhaltensänderung durch das Programm wahrscheinlich ist.	8 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 25 €
2. Schulung für nicht Insulinpflichtige (Grüßer-M., Röger-Ch., Jörgens-V.) Gruppen bis zu 10 Patienten	für nicht insulinpflichtige Diabetiker	4 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 20 €
3. Schulung für Insulinpflichtige (Grüßer-M., Röger-Ch., Jörgens-V.) Gruppen bis zu 8 Patienten	für alle insulinpflichtigen Diabetiker	5 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 25 €
4. Schulung für Patienten, die Normalinsulin spritzen (Grüßer-M., Röger-Ch., Jörgens-V.) Gruppen bis zu 8 Patienten	für insulinpflichtige Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	5-6 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 25 €
5. Schulung für Patienten mit intensivierter Insulintherapie (Jörgens-V., Grüßer-M, Berger-M.) Gruppen bis zu 6 Patienten	für Diabetiker, die eine intensivierte Insulintherapie haben	12 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 25 €
6. Hypertonieschulung. (Berger M., Grüßer, M, Jörgens, V.) Gruppen bis zu 10 Patienten	für Patienten mit Hypertonus (und Übergewicht), die nicht schon die Medias 2 Schulung erhalten haben	4 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 20 €
7. Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Gruppen bis zu 10 Patienten	für Patienten mit Hypertonus, die nicht schon die Medias 2-Schulung erhalten haben	4 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 20 €
8. Schulungs- und Behandlungsprogramm „Orale Gerinnungshemmung“ (SPOG) Gruppen bis zu 4 Patienten	für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung	4 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 25 €

Schulungen zu Nr. 1, 4 und 5 dürfen nur durch diabetologische Schwerpunktpraxen (nach Anlage 3 – weitere LE) erbracht und abgerechnet werden.

Schulungen nach Nr. 8 dürfen nur von Kardiologen erbracht und abgerechnet werden.

Kostenpauschale für Schulungsmaterial:

Die Krankenkassen erstatten bei Schulungen zu 2. bis 7. pauschal für Schulungsmaterial pro teilnehmenden Patienten **9 Euro**.

Bei Schulungen zu 1. beträgt die Kostenpauschale **11 Euro** pro teilnehmenden Versicherten.

Strukturierte Behandlungsprogramme

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen.

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei koronarer Herzerkrankung sind, dass

- Ihr Herzinfarktrisiko gesenkt,
- die Entwicklung von Herzbeschwerden vermieden wird und
- Ihre Belastungsfähigkeit erhalten bleibt.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig von einer neutralen Institution (Gemeinsamer Bundesausschuss, www.g-ba.de) überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören:

- Betablocker ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten (Blutdrucksenker),
- ACE-Hemmer (Blutdrucksenker, Therapie der Herzschwäche),
- Statine (Blutfettsenker),
- Thrombozytenaggregationshemmer (Gerinnungshemmer).

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Koronare Herzkrankheiten und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz). Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen, Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Dabei geht es z. B. um die Blutdruck-Selbstkontrolle, die Interpretation der Werte und die richtigen Folgerungen aus den Messungen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können auch Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
<p>Vermeidung von</p> <ul style="list-style-type: none"> – typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen – Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können – von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom – Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung) <p>Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos</p>	<p>Senkung des Risikos eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p>Erhaltung Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p>Vermeidung/Reduktion von</p> <ul style="list-style-type: none"> – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma) – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit – unerwünschten Wirkungen der Therapie <p>Normalisierung (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p>Reduktion der Sterblichkeit</p>

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> – Insulin – Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2) <p>bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer</p> <ul style="list-style-type: none"> – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) 	<ul style="list-style-type: none"> – Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten – ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt) – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS) 	<p>Medikamente zur Dauertherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Glukokortikosteroide (zum Inhalieren) – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) <p>im Bedarfsfall zusätzlich</p> <p>Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> – schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) – kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige) 	<p>Medikamente zur Dauertherapie vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – lang wirksame Anticholinergika <p>im Bedarfsfall zusätzlich (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> – kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin) – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

Wie können Sie aktiv mitwirken?

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Anlage 14

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 SGBf V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

Empfohlene Dokumentationsfrequenz

Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

jedes 2. Quartal	jedes Quartal	
KHK- Patienten seit mehr als 12 Monaten beschwerdefrei und/oder mit relevanten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie), ausreichend eingestellt oder mit zusätzlicher Herzinsuffizienz NYHA	KHK- Patienten mit Z.n. Infarkt und/oder Z.n. kardialen Ereignis, Interventionen, Operationen vor 6-12 Monaten und seither beschwerdefrei und/oder stabiler Medikation seit 6-12 Monaten beschwerdefrei und/oder relevanten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie), ausreichend eingestellt oder mit zusätzlicher Herzinsuffizienz NYHA II	KHK- Patienten mit Erstdiagnose KHK in den letzten 6 Monaten Angina pectoris (typisch oder atypisch) Beschwerden in den letzten 6 Monaten oder KHK-Patienten mit kardialen Ereignis in den letzten 6 Monaten und/oder medikamentöser Neueinstellung in den letzten 6 Monaten und/oder nicht ausreichend eingestellten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie) und/oder Z.n. kardialen Interventionen/ Operationen in den letzten 6 Monaten und/oder Herzinsuffizienz NYHA III u. IV

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus KHK einschließlich des Moduls chronische Herzinsuffizienz in Hamburg				
Stand: 15.06.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
104127692	actimonda Krankenkasse	Zweifallerstr. 130	52224	Stolberg
103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen
108534160	Audi BKK	Etlinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	BAHN-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
103525909	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
108029306	BKK advita	Mainzer Straße 5	55232	Alzey
107536171	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen
105530422	BKK B. Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
101532301	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg
105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstraße 23 A	61476	Kronberg
104424794	BKK DEMAG KRAUS-MAFFEI	Friedrich-Wilhelm-Str. 82-84	47051	Duisburg
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirrasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstraße 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK Euregio	Boos-Fremary-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
105830539	BKK family	Äppelallee 27	65203	Wiesbaden
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
103725547	BKK Herford Minden Ravensburg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
105530331	BKK Herkules	Fünfensterstr. 5	34117	Kassel
108633433	BKK Kassana	Karolinenplatz 2	80333	München
108934142	BKK KRONES	Bayernwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh
101520087	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101320043	BKK S-H	Stadtstr. 10	25348	Glückstadt
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
104526376	BKK vor Ort	Universitätsstr. 43	44789	Bochum
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK WÜRTH	Gartenstraße 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF & Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	PF 1533	84126	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18	56073	Koblenz
109939003	Deutsche BKK	Willy-Brandt-Platz 8	38440	Wolfsburg
104926702	Die BERGISCHE Krankenkasse	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
104525057	E.ON BKK		45117	Essen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str.	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	Schwenninger BKK		78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg

Teilnehmende BKKn				
Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus KHK einschließlich des Moduls chronische Herzinsuffizienz in Hamburg				
Stand: 15.06.2015				
Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
105928809	Thüringer Betriebskrankenkasse - TBK	Schwerborner Str. 33	99086	Erfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
104926494	Vaillant BKK	Bahnhofstr. 15	42897	Remscheid
105330191	Vereinigte BKK	Westendstr. 21	60325	Frankfurt
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

zur Information

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit (KHK)
nach § 137 f SGB V (Krankenhäuser)

Zwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (20. RSA-ÄndV)

„Anlage 5 (zu §§ 28b bis 28g)

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit (KHK)

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 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

1.1 Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK)

Die koronare Herzkrankheit ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel.

1.2 Hinreichende Diagnostik für die Aufnahme in ein strukturiertes Behandlungsprogramm

1.2.1 Chronische KHK

Die Diagnose einer koronaren Herzkrankheit kann unter folgenden Bedingungen mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit gestellt werden:

1. bei einem akuten Koronarsyndrom¹ auch in der Vorgeschichte;
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90 Prozent) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt². Nur bei Patientinnen und Patienten, die nach Feststellung der Ärztin oder des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher oder bei Patientinnen und Patienten, die physikalisch nicht belastbar sind), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden;

¹ Nach der Definition in ACC/AHA (2002a): American College of Cardiology and American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.
²Die Nachttest-Wahrscheinlichkeit (nach Durchführung eines Belastungs-EKGs) ist zu berechnen nach Diamond, GA et al.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N. Engl. J. Med (1979); 300:1350-8. Für Patienten, die älter als 69 Jahre sind, sind die Werte der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren heranzuziehen.

3. durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen unter Ziffer 1.5.3.1).

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Ziffer 3.

1.2.2 Akutes Koronarsyndrom

Das akute Koronarsyndrom beinhaltet die als Notfallsituationen zu betrachtenden Verlaufsformen der koronaren Herzkrankheit: den ST-Hebungsinfarkt, den Nicht-ST-Hebungsinfarkt, die instabile Angina pectoris. Die Diagnose wird durch die Schmerzanamnese, das EKG und Laboratoriumsuntersuchungen (zum Beispiel Markerproteine) gestellt. Die Therapie des akuten Koronarsyndroms ist nicht Gegenstand der Empfehlungen.

1.3 Therapieziele

Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

1. Reduktion der Sterblichkeit,
2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

1.4 Differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung

Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen.

Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit haben ein erhöhtes Risiko, einen Myokardinfarkt zu erleiden oder zu versterben. Dieses Risiko richtet sich sowohl nach dem Schweregrad der Erkrankung als auch nach den Risikoindikatoren (zum Beispiel Alter und Geschlecht, Übergewicht, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, linksventrikuläre Funktionsstörung, Rauchen, familiäre Prädisposition) der Patientinnen und Patienten. Daher soll die Ärztin oder der Arzt individuell das Risiko für diese Patientinnen und Patienten einmal jährlich beschreiben, sofern der Krankheitsverlauf kein anderes Vorgehen erfordert. Bei Vorliegen von Risikoindikatoren sind diese bei der individuellen

Therapieplanung und -durchführung besonders zu berücksichtigen.

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

1.5.1.1 Ernährungsberatung

Im Rahmen der Therapie berät die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und Patienten über eine KHK-spezifische gesunde Ernährung und bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten über eine Gewichtsreduktion.

1.5.1.2 Raucherberatung

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens für Patientinnen und Patienten mit KHK auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben.

- Der Raucherstatus soll bei jeder Patientin und jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollen in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob Raucherinnen und Raucher zu dieser Zeit bereit sind, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Änderungsbereite Raucherinnen und Raucher sollen über wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung (nicht-medikamentöse Maßnahmen, Nikotinersatztherapie oder eine Kombination aus beidem) beraten werden.
- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliche Aktivitäten

Die Ärztin oder der Arzt überprüft mindestens einmal jährlich, ob die Patientin oder der Patient von einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. Mögliche Interventionen sollen darauf ausgerichtet sein, die Patientinnen und Patienten zu motivieren, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren.

1.5.1.4 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von pathophysiologischen, psychologischen, psychiatrischen und sozialen Faktoren bei der KHK ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen, psychiatrischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Mangelnde Krankheitsbewältigung, Motivation und Compliance, fehlender sozioemotionaler Rückhalt, Probleme am Arbeitsplatz sind unter anderem zu berücksichtigen. Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität sollte die Depression besondere Beachtung finden.

1.5.2 Medikamentöse Therapie

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Komorbiditäten und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Behandlung der KHK 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.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung Wirkstoffe aus anderen Wirkstoffgruppen als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.

- Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen. Dieser Nutzen ist besonders bei Risikokollektiven wie Diabetes mellitus-Patientinnen und -Patienten überdurchschnittlich hoch.
- Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK werden primär Betablocker – gegebenenfalls in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten³ unter Beachtung der Kontraindikationen – empfohlen.
- Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK sind bei absoluten Kontraindikationen für Betablocker (zum Beispiel bei Asthma bronchiale, höhergradigem AV-Block) Nitrate und/oder Kalzium-Antagonisten zu erwägen.
- Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) unter Beachtung der Kontraindikationen eingesetzt werden. Es sollten diejenigen Statine bevorzugt verwendet werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung in der Sekundärprävention nachgewiesen ist.
- ACE-Hemmer sind grundsätzlich bei allen KHK-Patientinnen und -Patienten in der frühen Postinfarktphase (4 Wochen) indiziert und wenn die chronische KHK mit einer begleitenden Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion und/oder mit der Komorbidität Hypertonie und/oder Diabetes mellitus

³ Die Anwendung von kurzwirkenden Kalzium-Antagonisten vom Dihydropyridin-Typ sollte vermieden werden.

einhergeht. Im Falle einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit können bei Patientinnen und Patienten mit KHK und einer systolischen Herzinsuffizienz oder dem gleichzeitigen Vorliegen der Komorbiditäten Hypertonie und Diabetes mellitus AT1-Rezeptorantagonisten eingesetzt werden.

- Grundsätzlich sollen alle Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten. Eine Kombinationstherapie von Acetylsalicylsäure plus Clopidogrel ist nach einem akuten Koronarsyndrom, insbesondere nach Einsatz von Stents, für mindestens vier Wochen – gefolgt von einer Dauertherapie mit Acetylsalicylsäure – indiziert. Eine längere Gabe der Kombinationstherapie kann nach akutem Koronarsyndrom indiziert sein. Die Dauer der kombinierten Thrombozytenaggregationshemmung ist insbesondere abhängig von der Art der Intervention. Die interventionell tätigen Kardiologinnen oder Kardiologen müssen die weiterbehandelnden Ärztinnen oder Ärzte über die Art des verwendeten Stents und die daraus begründete Dauer der Kombinationsbehandlung informieren.

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.

1.5.3 Koronarangiografie – Interventionelle Therapie – Koronarrevaskularisation

Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist die Entscheidung zur invasiven Diagnostik oder Intervention im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung vorzunehmen.

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und gegebenenfalls therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

1.5.3.1 Koronarangiografie

Insbesondere in folgenden Fällen ist die Durchführung einer Koronarangiografie zu erwägen:

- bei Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom⁴,
- bei Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) trotz medikamentöser Therapie⁵,
- bei Patientinnen und Patienten mit Hochrisikomerkmale bei der nicht-invasiven Vortestung, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris⁴,
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris und Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz.

⁴ Betrifft das Therapieziel „Senkung der Morbidität, Mortalität“

⁵ Betrifft das Therapieziel „Beschwerdefreiheit“

1.5.3.2 Interventionelle Therapie und Koronarrevaskularisation

Vorrangig sollten unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtbildes, der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen nur solche invasiven Therapiemaßnahmen erwogen werden, deren Nutzen und Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele insbesondere in randomisierten und kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Dabei ist der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft unter Einbeziehung von evidenzbasierten Leitlinien oder Studien jeweils bestverfügbarer Evidenz zu berücksichtigen, denn sowohl die interventionelle wie die chirurgische Therapie der KHK sind – ebenso wie die medikamentöse Therapie – einem ständigen Wandel unterworfen.

Vor der Durchführung von invasiven Therapiemaßnahmen ist eine individuelle Nutzen-Risikoabwägung durchzuführen. Insbesondere ist die hämodynamische und funktionelle Relevanz der festgestellten Gefäßveränderungen zu prüfen.

Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich auf Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris oder Anginaäquivalent. Die Therapie des akuten Koronarsyndroms ist nicht Gegenstand der Empfehlungen.

- Bei linkskoronarer signifikanter Hauptstammstenose soll primär die operative Revaskularisation (CABG) angestrebt werden.
- Bei Mehrgefäßerkrankung mit hochgradigen proximalen Stenosen (> 70 Prozent) sollen – vorrangig mit dem Ziel der Symptomkontrolle – revaskularisierende Maßnahmen empfohlen werden.
- Bei Eingefäßerkrankung mit hochgradiger proximaler RIVA-Stenose (> 70 Prozent) sollte – unabhängig von der Symptomatik – eine Koronarrevaskularisation empfohlen werden.
- Bei ausgeprägter, persistierender, trotz medikamentöser Therapie bestehender Symptomatik soll zur Symptomkontrolle eine Revaskularisation erwogen werden, bei Eingefäßerkrankung ohne proximale RIVA-Stenose primär eine perkutane Koronarintervention (PCI).

1.6 Rehabilitation

Die kardiologische Rehabilitation ist der Prozess, bei dem herzkranken Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit sowie soziale Integration zu erlangen und aufrechtzuerhalten. Sie ist Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von KHK-Patientinnen und -Patienten. Die Zielvereinbarungen zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient sollen Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten, berücksichtigen.

Dimensionen und Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

- Somatische Ebene: Überwachung, Risikostratifizierung, Therapieanpassung, Remobilisierung, Training, Sekundärprävention;
- Psychosoziale Ebene: Krankheitsbewältigung, Verminderung von Angst und Depressivität;

- Edukative Ebene (insbesondere Beratung, Schulung): Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen und Fertigkeiten (unter anderem Krankheitsverständnis, Modifikation des Lebensstils und der Risikofaktoren), Motivationsstärkung;
- Sozialmedizinische Ebene: Berufliche Wiedereingliederung, Erhaltung der Selbständigkeit.

Die Rehabilitation als Gesamtkonzept umfasst (nach WHO und in Anlehnung an SIGN 2002):

- die Frühmobilisation während der Akutbehandlung,
- die Rehabilitation (nach Ziffer 1.7.4) im Anschluss an die Akutbehandlung,
- die langfristige wohnortnahe Nachsorge und Betreuung.

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Betreuung der chronischen KHK-Patientinnen und -Patienten erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant und stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.7.1 Hausärztliche Versorgung

Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit koronarer Herzkrankheit eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 sind von der gewählten Ärztin, dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn deren besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

1.7.2 Überweisung von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten

Diagnostik und Risikostratifizierung von Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten erfolgen soll:

- zunehmende oder erstmalige Angina pectoris-Beschwerden,
- neu aufgetretene Herzinsuffizienz,
- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
- medikamentöse Non-Responder,
- Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten (zum Beispiel Hypertonie, Diabetes, Depression),
- Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (zum Beispiel Klappenvitien),
- Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
- Rehabilitation,
- Schulung von Patientinnen und Patienten.

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

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK in einer qualifizierten stationären Einrichtung sind insbesondere:

- Verdacht auf akutes Koronarsyndrom,
- Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (zum Beispiel Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).

Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Einweisung zur stationären Behandlung zu erwägen bei Patientinnen und Patienten, bei denen eine invasive Diagnostik und Therapie indiziert ist.

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Eine Rehabilitationsmaßnahme (im Sinne von Ziffer 1.6) ist insbesondere zu erwägen:

- nach akutem Koronarsyndrom,
- nach koronarer Revaskularisation,
- bei Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris und dadurch bedingten

limitierenden Symptomen⁶, die trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen persistieren,

- bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen⁶, die trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen persistieren.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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 der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Patientinnen und Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit (KHK) können in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 genannten Voraussetzungen erfüllt ist:

1. Bei einem akuten Koronarsyndrom¹, auch in der Vorgeschichte;
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, das innerhalb der letzten drei Jahre durchgeführt worden ist, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90 Prozent) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt². Nur bei Patientinnen und Patienten, die nach Feststellung der Ärztin oder des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher oder bei Patientinnen und Patienten, die physikalisch nicht belastbar sind), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden;
3. direkter Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen nach Ziffer 1.5.3.1).

⁶ Unter limitierenden Symptomen ist eine für die Patientin oder den Patienten – unter Berücksichtigung seiner individuellen Lebensumstände – wesentliche Einschränkung seiner Lebensqualität zu verstehen. Diese kann nur individuell festgelegt werden.

3.3 Voraussetzungen für die Teilnahme an dem zusätzlichen Modul Herzinsuffizienz

Patientinnen und Patienten, die in das strukturierte Behandlungsprogramm für KHK eingeschrieben sind, können unter den Voraussetzungen der Ziffer 3 der Anlage 5a am Modul Herzinsuffizienz teilnehmen. Ihnen steht es frei, ob sie bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen einer chronischen Herzinsuffizienz an dem Zusatzmodul teilnehmen möchten oder nicht.

4. Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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 unter anderem auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 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 Teilnahmenachweisen 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 Nummer 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 (unter anderem Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt werden. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5. Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend."

zur Information

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit (KHK)
nach § 137 f SGB V (Krankenhäuser)

Zwanzigste Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (20. RSA-ÄndV)

„Anlage 5a (zu §§ 28b bis 28g)

Anforderungen an ein Modul für chronische Herzinsuffizienz für strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit (KHK)

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 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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)¹.

Pathophysiologisch liegt eine multisystemische Störung vor, die unter anderem durch die Dysfunktion der Herz- und Skelettmuskulatur sowie der Nierenfunktion charakterisiert ist².

Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome wie zum Beispiel Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungsminderung) und/oder Flüssigkeitsretention auf Grund einer kardialen Funktionsstörung bestehen¹.

1.2 Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe

Zur Zielgruppe gehören Patientinnen und 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 (zum Beispiel Echokardiographie, Ventrikulographie, Kardio-MRT) bestimmt worden sein.

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

² Vergleiche 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

1. Reduktion der Sterblichkeit (entsprechend dem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK),
2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung oder Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung,
3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Hospitalisationen und Steigerung oder 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 (zum Beispiel frischer Herzinfarkt oder Myokarditis) generell zu empfehlen.

Die Flüssigkeitsaufnahme sollte sich am klinischen Zustand der Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 des strukturierten Behandlungsprogramms für KHK in Ziffer 1.5.2 der Anlage 5.

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

Alle Patientinnen und 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 der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 1.5.2 fünfter Spiegelstrich der Anlage 5 sollen ACE-Hemmer verwendet werden, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Patientinnen und 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 von der Patientin oder vom Patienten tolerierten Dosis.

- Therapie mit Beta-Rezeptorenblockern (Betablocker):

Alle klinisch stabilen Patientinnen und Patienten sollten einen Betablocker erhalten. In Konkretisierung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 1.5.2 erster Spiegelstrich der Anlage 5 sollen Betablocker verwendet werden, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Patientinnen und 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 von der Patientin oder vom Patienten tolerierten Dosis.

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

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

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

- - Therapie mit Aldosteron-Antagonisten:

Patientinnen und Patienten mit einer LVEF unter 35 Prozent, 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 Patientinnen und 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):

Patientinnen und Patienten, die trotz Therapie mit einem Betablocker ein chronisches tachykardes Vorhofflimmern aufweisen, sollten zusätzlich mit Digitalis behandelt werden. Für Patientinnen und Patienten mit Sinusrhythmus stellt Digitalis lediglich ein Reservemedikament dar und sollte bei diesen Patientinnen und 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 thrombembolische 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 (zum Beispiel Stent-Implantation) dennoch indizierte Kombinationstherapie ist in Kooperation mit der qualifizierten Fachärztin oder dem qualifizierten Facharzt beziehungsweise 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 der Patientin oder des Patienten und die Möglichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität sowie die Lebenserwartung und gegebenenfalls 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 beziehungsweise 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)

Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz können unter bestimmten Voraussetzungen von einer kardialen Resynchronisationstherapie bezüglich Symptomatik und Sterblichkeit profitieren. Bei Patientinnen und Patienten mit einer LVEF unter 35 Prozent und Sinusrhythmus und entweder einem kompletten Linksschenkelblock oder einer echokardiographisch nachgewiesenen ventrikulären Dyssynchronie mit breiten QRS-Komplexen (≥ 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 der Patientin oder des Patienten können Patientinnen und 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:

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

Zur Prävention eines erstmaligen Ereignisses:

- Patientinnen und Patienten mit einer LVEF unter 30 bis 35 Prozent und Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II-III. Bei Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten selbst, kontrolliert werden.

Mit symptomatischen Patientinnen und Patienten sollte, soweit möglich, das Protokollieren von täglichen Gewichtskontrollen vereinbart werden. Die Patientinnen und Patienten sollten dazu aufgefordert werden, bei einem deutlichen, kurzfristigen Gewichtsanstieg (zum Beispiel mehr als ein 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
- 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 Digitalispegels bei Therapie mit Herzglykosiden oder die Bestimmung natriuretischer Peptide (BNP) gehören nicht zum Monitoring.

1.6 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 1.7 der Anlage 5 gelten entsprechend. Ergänzend sind folgende Hinweise zur Überweisung der Patientinnen und Patienten zu beachten:

1.6.1 Überweisung vom behandelnden Arzt oder von der behandelnden Ärztin zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder 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 oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patientinnen und Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Fachärztin beziehungsweise 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 oder zu einer diesbezüglich qualifizierten Einrichtung,
- zur Abklärung einer Transplantationsindikation.

Der jeweils qualifizierte Facharzt oder die jeweils qualifizierte Fachärztin oder 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 beziehungsweise 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 Patientinnen und 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 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 1.7.3 der Anlage 5.

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

1.6.3 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Es gelten die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 1.7.4 der Anlage 5.

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

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 2 der Anlage 5 gelten entsprechend.

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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.

Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz können am Modul teilnehmen, wenn sie die in Ziffer 1.2 genannten Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe erfüllen und wenn und solange sie am strukturierten Behandlungsprogramm für KHK nach den jeweils geltenden Bestimmungen dieser Verordnung teilnehmen.

4. Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 4 der Anlage 5 gelten entsprechend.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen unter anderem auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Anlage 5. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen 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 Nummer 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 (unter anderem Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen. Sofern Schulungsprogramme angewandt werden sollen, sind diese gegenüber dem Bundesversicherungsamt im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu benennen und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer 1.3 genannten Therapiezielen zu belegen.

Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5. Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Eine gesonderte Evaluation für das Modul Chronische Herzinsuffizienz erfolgt nicht.

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