

**Vertrag zur Durchführung des
strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)
nach § 137f 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,
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
- Handelskrankenkasse (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. November 2005
in der Fassung des 8. Nachtrages zum 01.07.2015**

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 Teilnehmerverzeichnis

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 gemäß § 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.

„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 DMP-A-RL“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.

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

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt

„DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie

„DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungs-Richtlinie

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

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 gemäß § 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 8. Nachtrages vom 01.07.2015 berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) sowie die Änderung der DMP-A-RL mit Beschluss vom 19.06.2014. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Die Regelungen für die Indikation Koronare Herzkrankheit sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 5, der DMP-AF-RL sowie in der RSAV festgelegt.

Die medizinischen Anforderungen für Herzinsuffizienz richten sich nach Anlage 5a der RSAV in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung sowie den übrigen Regelungen der RSAV in der jeweils geltenden Fassung.

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 DMP-A-RL sowie RSAV festgelegt. Entsprechend der Anlage 5 Ziffer 1.3 der DMP-A-RL bzw. Anlage 5a Ziffer 1.3 der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung folgende Ziele an:

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

§ 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 sind die RSAV, die DMP-AF-RL sowie die DMP-A-RL 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 Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Ziffern 1, 2 und 3 in den Anlagen 5 der DMP-A-RL und 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL.

(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 beigetretenden 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 Beitritts-erklärung 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 gemäß Ziffer 1.7.1 der Anlage 5 der DMP-A-RL 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 Arz-

tes 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 gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011),
2. die Information, Beratung und Einschreibung in das Programm gemäß § 15 sowie Erstellung und Weiterleitung der vollständigen Einschreibeunterlagen gemäß § 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 gemäß § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
5. die Beachtung der Überweisungs- und Einweisungsregeln entsprechend Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6.1 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011),
6. bei Überweisung und Einweisung gemäß Nr. 5:
 - therapierrelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und
 - von diesen Leistungserbringern therapierrelevante Informationen einzufordern,

7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) 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 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) 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 bzw. der DMP-A-RL 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 gemäß 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 gemäß § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011),
 3. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 4. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH entsprechend nachgewiesen ist,
 5. die Überweisung und Einweisung gemäß Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL und Ziffer 1.6.1 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) 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 gemäß § 3 Absatz 2 unter zeitnaher Weitergabe therapierelevanter Informationen,
 8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete, am Programm teilnehmende, Krankenhaus gemäß 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 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) 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 bzw. der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahme des stationären Versorgungssektors

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

- (2) Die Krankenkassen stellen sicher, dass die teilnehmenden Krankenhäuser die medizinischen Grundlagen der RSAV bzw. der DMP-A-RL 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 gemäß § 3 und/oder als Facharzt gemäß § 4 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5 zur Teilnahme am DMP bereit. Mit der Antragstellung legt der Vertragsarzt dar, dass er die Qualitätsanforderungen gemäß 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 gemäß § 3 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden DMP-koordinierenden Ärzten und den gemäß § 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

- (3) 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 gemäß § 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 Vertragsärzterverzeichnis gemäß § 9 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des Vertragsarztes gemäß § 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 Vorausset-

zungen 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 gemäß §§ 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 gemäß § 22 bei jeder Änderung, mindestens jedoch im 14-tägigen Rhythmus und der Gemeinsamen Einrichtung bei Bedarf in elektronischer Form entsprechend Anlage 10 zur Verfügung. Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 10 enthält u.a. einen zweistelligen Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung bzgl. der Versorgungsebene und akkreditierter Schulungsprogramme. Bei der Angabe der Berechtigung für die vom BVA akkreditieren Schulungsprogramme ist nur der Schlüssel des jeweiligen vertraglich vereinbarten Schulungsprogramms anzugeben.

- (2) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen stationären Einrichtungen gemäß § 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.
- (3) Die Verzeichnisse gemäß Absatz 1 und 2 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.
- (4) 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 der DMP-A-RL bzw. 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der Anlagen 5 bzw. 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) 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 6 „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 gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 5 der DMP-A-RL und 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011, einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011),
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 bis 3,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. 5a der RSAV (in der Fassung vom 31.12.2011) sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 9 zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören gemäß Ziffer 2 Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. 5a Ziffer 2 der RSAV (in der Fassung vom 31.12.2011) 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 gemäß § 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 DMP-A-RL fixierten diagnosespezifischen Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 9 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartner in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 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 gemäß § 3 oder der Facharzt gemäß § 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 gemäß Ziffer 1.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL gesichert ist und die Einschreibekriterien gemäß Ziffer 3 der Anlage 5 der DMP-A-RL 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 intensivierte 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, der DMP-A-RL sowie der DMP-RL 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 (in der Fassung bis 31.12.2011) genannten Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe erfüllen und wenn und solange sie am strukturierten Behandlungsprogramm für KHK nach den jeweils geltenden Bestimmungen der RSAV bzw. der DMP-A-RL teilnehmen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL 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 § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 13 „Patienteninformation“ umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt.
- (2) DMP-koordinierende Ärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, Fachärzte, die gemäß § 4 teilnehmen und stationäre Einrichtungen, die gemäß § 5 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL die gemäß § 14 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 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 gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:

1. Die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL 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 intensiverte 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 gemäß § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL 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 gemäß 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, der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (8) Soweit ein am DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die gemäß 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 gemäß § 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 Programmmzulassung,
 - 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 der DMP-A-RL veranlassenden 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 der DMP-A-RL, 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 gemäß § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 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

Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVH bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 15 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Die Einzelheiten zum Teilnehmerverzeichnis sind in einer separaten Vereinbarung geregelt.

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 gemäß § 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 gemäß Anlagen 5 der DMP-A-RL sowie 5a der RSAV (in der Fassung bis 31.12.2011) einbezogen werden.
- (4) Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer gemäß §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Anlage 5 Ziffer 3 der DMP-A-RL ab.
- (5) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP 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, kassen-spezifische 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, durch das Bundesversicherungsamt zugelassen ist sowie vertraglich vereinbart wurde. Die Voraussetzungen für die Teilnahme und Abrechnung an einer DMP-Schulung sind im § 36 des Vertrages geregelt. 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 der RSAV bzw. der DMP-A-RL, insbesondere die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie, einzubeziehen.
- (4) Als Schulungsprogramme werden die in Anlage 12 beschriebenen Schulungen angeboten. Bei den Schulungen muss auf Inhalte, die der RSAV bzw. der DMP-A-RL 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 DMP-A-RL,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL 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 DMP-A-RL,

- Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL 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 gemäß § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind.
- (6) Die Teilnahmeerklärung (Anlage 5) des Vertragsarztes gemäß § 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 DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft und
 - die Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse.
- (7) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem Vertragsarzt gemäß § 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 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation 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 DMP-A-RL 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 gemäß § 3 teilnehmende DMP-koordinierende Arzt
1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL

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

Der DMP-koordinierende Arzt gemäß § 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 übermit-

telten 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 DMP-A-RL 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 gemäß § 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 DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL 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 DMP-A-RL 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 DMP-A-RL 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 gemäß § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 30

Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft gemäß § 219 SGB V. Sofern bereits eine Arbeitsgemeinschaft gemäß § 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 gemäß Anlage 9 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 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 Aufga-

ben. Sofern nach Maßgabe der RSAV bzw. der DMP-A-RL 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 gemäß § 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 gemäß 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 DMP-A-RL,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gem. § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V,
 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 ordnungsge-

mäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X - Evaluation

§ 34

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung der jeweils gültigen Regelung der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

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. Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließen eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus.

§ 36

Vergütung Einschreibung/Dokumentation/Schulungen

- (1) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf 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 gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL 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 gemäß § 3	25 ,- €	95500
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen	15,- €	95501

durch Vertragsärzte nach § 3		
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 DMP-A-RL) durch Vertragsärzte gemäß § 3; 1x im Kalenderjahr	10,- €	95502
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) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Abs. 2 mit der 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 bzw. der DMP-A-RL. 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.

Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation gemäß § 18 zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP-Programm KHK und ggf. zusätzlich am

Modul chronische Herzinsuffizienz kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 28d Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP KHK gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten informiert gemäß § 17 Absatz 4. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden. Die Folgedokumentation KHK (GOP-Nr.95501) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

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 gemäß Anlage 12 zugelassenen Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte gemäß §§ 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 Schwerpunktpraxen¹ durchgeführt werden, die eine Schulungs-

¹ Diabetologische Schwerpunktpraxen sind solche, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 3 des Vertrages über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesse-

genehmigung im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 Vertrages besitzen. Der KVH sind entsprechende Nachweise der Ärzte bzw. des nichtärztlichen Personals vorzulegen.

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

Es ist grundsätzlich nur eine strukturierte Schulungsmaßnahme gemäß Anlage 12 je Schulungsanlass je Patient einmalig abrechnungsfähig. Nachschulungen und Schulungen, die sich auf einen geänderten Schulungsanlass begründen, bedürfen der Begründung und der Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse. Schulungen mit gleichen Behandlungszielen dürfen nicht nebeneinander abgerechnet werden.

- (5) 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.

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 DMP-A-RL 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 bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form und die sonstigen Informationen.
- (4) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke übernehmen die Krankenkassen. Den Versand und die Verteilung übernimmt die KVH. Die Krankenkassen übermitteln elektronisch der KVH die ergänzenden Informationen (Ausfüllanleitungen) zu den Vordrucken.
- (5) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen gemäß §§ 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.

Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 4 erfolgt nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Programm auf Basis der Statistik KM6 Teil 2 zum Stichtag 01.07. des Jahres, in dem die Kosten entstanden sind.

§ 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 gemäß § 3 und die Fachärzte gemäß § 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 gemäß § 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 DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien 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 un-

ter 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** **unbesetzt**
- Anlage 5** **Teilnahmeerklärung Vertragsärzte und weitere Leistungserbringer**
- Anlage 5a** **Ergänzungserklärung Leistungserbringer**
- Anlage 6** **Versorgungsinhalte zum DMP KHK (Anlage 5 DMP-A-RL) und zum Modul Chronische Herzinsuffizienz (Anlage 5a RSAV in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung)**
- Anlage 7** **Dokumentationsdaten nach Anlage 2 DMP-A-RL
Dokumentationsdaten nach Anlage 6 DMP-A-RL**
- 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** **unbesetzt**
- 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
- Information durch das Arzt-Manual ²
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- Durchführung eines Belastungs-EKGs nach den Leitlinien zur Ergometrie^{3 4}
- 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.

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

² ebd.

³ ebd.

⁴ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden

III. Apparative Voraussetzungen

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

- EKG
- Belastungs-EKG ⁵
- 24-Stunden Blutdruckmessgerät
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA_{1c}-Messung und der Fettstoffwechselwerte

⁵ 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 Vertragsärzte sowie bei Vertragsärzten oder zugelassenen Einrichtungen angestellte Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte einhalten und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

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
- 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

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

- Einsatz von qualifiziertem Personal
- 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:
 - o Nachweis der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 EBM) gegenüber der KV Hamburg
 - o Abrechnungserlaubnis der KV Hamburg

III. Spezialisierte Schwerpunktpraxis/ qualifizierte Einrichtung zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie⁴

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

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- 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 und .5.3.2 der DMP-A-RL 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 in der jeweils gültigen Fassung.

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 § 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:
 - o Nachweis der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 EBM) gegenüber der KV Hamburg
 - o Abrechnungserlaubnis der KV Hamburg

*gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers“ (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle) in der jeweils gültigen Fassung.

⁵ Die Qualitätsanforderungen zur Koronarangiographie gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie 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 Vertragsarztes - ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen

- der Vertragsarzt/die Vertragsärztin oder der angestellte Arzt/die angestellte Ärztin 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)

- kardiologische 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
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Name, Vorname

Kassenarztstempel

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 zugrunde gelegten 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 Dritteerfüllen.
- 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 DMP-A-RL 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.

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**
- als spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierte Einrichtung für konventionelle Kardiologie**
- als spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierte Einrichtung für interventionelle Kardiologie**
- 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 beigefügt 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 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL 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 Antragssteller/in

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

Postfach 76 06 20

22056 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. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift Angestellte/r

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 Antragsteller/in

Anlage 6 Versorgungsinhalte Modul koronaren Herzkrankheit

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

(entspricht wörtlich Anlage 5 der DMP-A-RL)

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:

- bei einem akuten Koronarsyndrom, auch in der Vorgeschichte;
- wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90 Prozent) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt. 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;
- durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen unter Ziffer 1.5.3.1).

Die Ärztin oder der Arzt hat in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

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:

- Reduktion der Sterblichkeit,
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
- Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen 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 in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sollten gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele, beispielsweise für Blutdruck, BMI, Lebensstilmodifikation (z. B. Nikotinverzicht), Stoffwechselfparameter, vereinbart werden.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Allgemeine Maßnahmen, Risikofaktoren-Management und Umgang mit Ko-/Multimorbidität

1.5.1.1 Ernährung

Im Rahmen der Therapie berät die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und Patienten entsprechend der jeweiligen Therapieziele über eine risikofaktorenorientierte ausgewogene Ernährung und bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten gegebenenfalls 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 und Passivrauchens 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.
- Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dabei sollte ggf. auch eine Beratung zu deren Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erfolgen.
- 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.

Anzustreben ist eine möglichst tägliche körperliche Aktivität von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen). Die Intensität der körperlichen Aktivität ist an die individuelle Belastbarkeit des Patienten anzupassen. Insbesondere Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko (z. B. nach ACS, nach Revaskularisation, mit Herzinsuffizienz) sind medizinisch begleitete Sportprogramme in Herzgruppen unter Berücksichtigung der Gesamtsituation zu empfehlen.

1.5.1.4 Arterielle Hypertonie

Bei allen Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit soll der Blutdruck regelmäßig kontrolliert werden. Eine bestehende arterielle Hypertonie soll konsequent behandelt werden. Anzustreben ist in der Regel eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch von 130 mmHg bis 139 mmHg und diastolisch von 80 mmHg bis 89 mmHg. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation der Patientin bzw. des Patienten (z. B. Alter, weitere Begleiterkrankungen) können individuelle Abweichungen erforderlich sein.

Die Ärztin oder der Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von der Teilnahme an einem strukturierten, evaluierten und publizierten Hypertonie-Schulungs- und Behandlungsprogramm profitieren kann.

1.5.1.5 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist ein Hauptrisikofaktor für das Auftreten von kardio- und zerebrovaskulären Komplikationen. Patientinnen/Patienten mit chronischer KHK sollten auf das Vorliegen eines Diabetes mellitus und seiner Vorstufen untersucht werden. Patientinnen/Patienten mit chronischer KHK und Diabetes mellitus stellen eine besondere Risikogruppe dar, bei ihnen sollte deswegen ein intensives Management weiterer prognostischer Faktoren (z. B. arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen) stattfinden und eine gute Stoffwechselkontrolle angestrebt werden.

Es ist zu prüfen, ob Patientinnen/Patienten mit chronischer KHK und Diabetes mellitus am strukturierten Behandlungsprogramm Typ 1- oder Typ 2-Diabetes teilnehmen sollten. Unabhängig von einer Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient von der Teilnahme an einem strukturierten, evaluierten und publizierten Diabetes-Schulungs- und Behandlungsprogramm profitieren kann.

1.5.1.6 Psychosoziale Betreuung

Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit KHK ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen. Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation sowie fehlender sozioemotionaler Rückhalt bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz sind unter anderem zu berücksichtigen.

Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen.

1.5.1.7 Psychische Komorbiditäten

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen usw.) zu beachten. Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können. Bei psychischen Krankheiten sollte die Behandlung derselben durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Eine Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität sollte besondere Beachtung finden. Ist bei leitliniengerechtem Vorgehen eine medikamentöse antidepressive Behandlung indiziert, sind bei Patientinnen und Patienten nach Myokardinfarkt Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)) gegenüber trizyklischen Antidepressiva zu bevorzugen.

1.5.1.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln auf Grund von Multimorbidität oder der Schwere der Erkrankung erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder mehr Arzneimittel gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements vorzusehen:

Die Ärztin oder der Arzt soll mindestens jährlich sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

In der Patientinnen- oder Patientenakte soll eine aktuelle Medikationsliste vorhanden sein. Diese kann der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

Bei Verordnung von renal eliminierten Arzneimitteln soll bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren die Nierenfunktion mindestens in jährlichen Abständen durch Berechnung der glomerulären Filtrationsrate auf der Basis des Serum-Kreatinins nach einer Schätzformel (estimated glomerular filtration rate (eGFR)) überwacht werden. Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

1.5.2 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie bei der KHK verfolgt zum einen das Ziel der Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und der Gesamtsterblichkeit (besonders Vermeiden der Progression der KHK, von Herzinfarkt und Entwicklung einer Herzinsuffizienz) durch eine prognoseverbessernde Therapie. Zum anderen soll eine Verbesserung der Lebensqualität durch eine symptomatische Therapie erreicht werden. Dazu zählen unter anderem eine verbesserte Belastbarkeit sowie eine Linderung krankheitsbedingter Beschwerden wie etwa Angina pectoris und Luftnot.

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.

Grundsätzlich sollen die tatsächlich eingenommenen Medikamente, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie erfragt werden, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

Bei Eliminationsstörungen (insbesondere Nierenfunktionseinschränkungen) können Dosisanpassungen der Arzneimittel erforderlich sein.

1.5.2.1 Prognoseverbessernde Therapie

Für folgende Substanzgruppen gibt es nachweislich einen prognoseverbessernden Effekt:

1. Thrombozytenaggregationshemmer
2. Statine
3. Inhibitoren des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems
4. Betarezeptorenblocker.

1.5.2.1.1 Thrombozytenaggregationshemmer

Grundsätzlich soll bei allen Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung von Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten eine Thrombozytenaggregationshemmung durchgeführt werden.

Eine Kombinationstherapie von Acetylsalicylsäure und einem P2Y12-Rezeptorantagonisten ist nach einem akuten Koronarsyndrom, bis zu einem Jahr indiziert – gefolgt von einer Dauertherapie mit Acetylsalicylsäure.

Bei interventionellen koronaren Eingriffen ist die erforderliche Thrombozytenaggregationshemmung abhängig von der Art der Intervention (z. B. Koronarangioplastie [PTCA], Bare-Metal-Stent [BMS], Drug-Eluting-Stent [DES]). Die interventionell tätigen Kardiologinnen oder Kardiologen informieren die weiterbehandelnden Ärztinnen oder Ärzte über die durchgeführte Intervention und die daraus begründete Art und Dauer der Thrombozytenaggregationshemmung.

Bei Patientinnen/Patienten mit chronisch stabiler KHK und einer Indikation zur oralen Antikoagulation ist eine zusätzliche Thrombozytenaggregationshemmung nicht sinnvoll. Ausnahmen hiervon ergeben sich durch koronare Interventionen und/oder das akute Koronarsyndrom. In diesen Fällen ist die Indikation zu einer Kombination der oralen Antikoagulation mit einer Thrombozytenaggregationshemmung unter individueller Nutzen-Risiko-Abwägung durch den behandelnden Kardiologen zu stellen.

1.5.2.1.2 Lipidsenker

Unabhängig vom Ausgangswert der Blutfettwerte sollen alle Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erhalten.

Es sollten diejenigen Statine bevorzugt verwendet werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung in der Sekundärprävention nachgewiesen ist.

1.5.2.1.3 Hemmer des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS)

ACE-Hemmer sind grundsätzlich bei allen KHK-Patientinnen und -Patienten in der frühen Postinfarktphase (4 bis 6 Wochen) indiziert. Sie sind ebenfalls indiziert, wenn die chronische KHK mit einer begleitenden Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion und/oder mit der Komorbidität Hypertonie und/oder Diabetes mellitus einhergeht. Im Falle einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit (insbesondere ACE-Hemmer bedingter

Husten) 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. AT1-Rezeptorantagonisten werden hingegen nicht als Alternative empfohlen für Patientinnen und Patienten, bei denen unter ACE-Hemmer ein Angioödem aufgetreten ist.

1.5.2.1.4 Betarezeptorenblocker

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 insbesondere bei Risikokonstellationen wie Diabetes mellitus oder arterieller Hypertonus überdurchschnittlich hoch.

1.5.2.2 Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris

1.5.2.2.1 Betarezeptorenblocker

Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK werden primär Betarezeptorenblocker – gegebenenfalls in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten unter Beachtung der Kontraindikationen – empfohlen. Sie sind wegen der gleichzeitigen Prognoseverbesserung Medikamente der ersten Wahl.

1.5.2.2.2 Kalzium-Antagonisten

Bei absoluten Kontraindikationen (z. B. Asthma bronchiale), Unverträglichkeit oder unzureichender antianginöser Wirkung von Betarezeptorenblockern sind zur antianginösen Behandlung der chronischen KHK langwirksame Kalziumantagonisten zu erwägen.

1.5.2.2.3 Nitrate

Zur Behandlung eines Angina-pectoris-Anfalls sind schnellwirkende Nitrate das Mittel der ersten Wahl.

Langwirksame Nitrate sind zur langfristigen antianginösen Behandlung der chronischen KHK bei absoluten Kontraindikationen (z. B. Asthma bronchiale), Unverträglichkeit oder unzureichender antianginöser Wirkung von Betarezeptorenblockern zu erwägen.

1.5.3 Koronarangiografie, interventionelle und operative 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:

1. bei Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom,
2. bei Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) trotz medikamentöser Therapie,
3. bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris - unabhängig von der Schwere - mit Hochrisikomerkmale bei der nicht-invasiven Vortestung,
4. bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris, die einen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
5. bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris und neuauftretenden Symptomen einer Herzinsuffizienz.

1.5.3.2 Interventionelle und operative 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 der besten verfügbaren 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 für den jeweiligen Patienten und die jeweilige Patientin optimale Therapie (PCI, Bypass-OP oder konservativ) sollte interdisziplinär zwischen Kardiologen, Herzchirurgen und Hausärzten in Abhängigkeit vom Koronarbefund, Komorbidität und Kontextfaktoren abgestimmt werden.

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:

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

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

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

5. die Frühmobilisation während der Akutbehandlung,
6. die Rehabilitation (nach Ziffer 1.7.4) im Anschluss an die Akutbehandlung,
7. 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 § 137f Abs. 7 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:

1. erstmalige oder zunehmende Angina pectoris-Beschwerden,
2. neu aufgetretene oder zunehmende Herzinsuffizienz,
3. neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
4. unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
5. Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten (zum Beispiel Hypertonie, Diabetes mellitus, Depression),
6. Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (zum Beispiel Klappenvitien),
7. Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
8. Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
9. Rehabilitation,
10. 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:

11. Verdacht auf akutes Koronarsyndrom,
12. 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.

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

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme (im Sinne von Ziffer 1.6) ist insbesondere zu erwägen:

13. nach akutem Koronarsyndrom,
14. nach koronarer Revaskularisation,

15. bei Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris und dadurch bedingten limitierenden Symptomen (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände), die trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen persistieren,
16. bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände), 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 § 2 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

Gemäß § 2 dieser Richtlinie müssen mindestens folgende Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren vertraglich festgelegt werden:

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
Hoher Anteil normotensiver Patientinnen und Patienten bei bekannter Hypertonie	Anteil der Patientinnen und Patienten mit RR systolisch ≤ 139 mmHg und diastolisch ≤ 89 mmHg bei bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	Anteil der Patientinnen und Patienten ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation, die Thrombozytenaggregationshemmer erhalten
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, die Betablocker erhalten	Anteil der Patientinnen und Patienten ohne Kontraindikation, die Betablocker erhalten
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, die Statine erhalten	Anteil der Patientinnen und Patienten ohne Kontraindikation, die Statine erhalten
Niedriger Anteil rauchender Patientinnen und Patienten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil rauchender Patientinnen und Patienten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten 2. Anteil rauchender Patientinnen und Patienten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten, die bei Einschreibung geraucht haben

Hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben 2. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben
Niedriger Anteil von Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris-Beschwerden	Anzahl von Patientinnen und Patienten ohne Angina pectoris-Beschwerden bezogen auf alle Patientinnen und Patienten (zusätzlich: Darstellung der Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS)

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 § 3 dieser Richtlinie 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 Koronarsyndrom, 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 lässt. 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).

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)

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

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.

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

-unbesetzt-

Versorgungsinhalte Modul koronaren Herzkrankheit

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 (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

1.1. Definition der chronischen Herzinsuffizienz

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

Pathophysiologisch liegt eine multisystemische Störung vor, die unter anderem durch die Dysfunktion der Herz- und Skelettmuskulatur sowie der Nierenfunktion charakterisiert ist ². Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome wie z. B. Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungsminderung) und/oder Flüssigkeitsretention auf Grund einer kardialen Funktionsstörung bestehen ¹.

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 (z. B. 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 % bereits nachgewiesen wurde.

1.3. Therapieziele

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

1. Reduktion der Sterblichkeit (entsprechend dem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK),
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 (z. B. 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 5. 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 1. 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, sodass die Behandlung von der Patientin oder vom Patienten toleriert wird. Dabei ist zu beachten, dass vor einer Dosisreduktion auf Grund 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 auf Grund 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 %, 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 thromboembolische Ereignisse, sodass hier in der Regel eine effektive orale Antikoagulation (INR 2-3) durchzuführen ist. In diesem Fall sollte die wegen KHK durchgeführte Thrombozytenaggregationshemmung in der Regel beendet und auf die orale Antikoagulation umgestellt werden. Über eine in besonderen Situationen (z. B. Stent-Implantation) dennoch indizierte Kombinationstherapie ist in Kooperation mit der qualifizierten Fachärztin oder dem qualifizierten Facharzt bzw. der qualifizierten Einrichtung zu entscheiden. Eine orale Antikoagulation ist bei bestehendem Sinusrhythmus im Allgemeinen nicht indiziert.

1.4.3. Spezielle interventionelle Maßnahmen

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

1.4.3.1. Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)

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 % 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 % 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 % und Herzinsuffizienz im Stadium NYHA IIIII. Bei Patientinnen und Patienten in der chronischen Postinfarktphase gilt dies frühestens 40 Tage nach dem Infarktereignis.

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 (z. B. mehr als 1 kg in 24 Std. oder mehr als 2,5 kg 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 bzw. zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

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

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

1.6.2. Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur stationären Behandlung von 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 bzw. 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 bzw. des Volumenstatus sowie der körperlichen Belastbarkeit aussprechen.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

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

3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer Teilnahme am Modul Chronische Herzinsuffizienz profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann. 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 (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

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 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 § 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V 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 BVA 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 (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)

Eine gesonderte Evaluation für das Modul Chronische Herzinsuffizienz erfolgt nicht.

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

Zu Anlage 5 a: Eingefügt durch V vom 23. 6. 2009 (BGBl I S. 1542) (**1. 7. 2009**).

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.

Anlage 7 Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL

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

Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9- bzw. 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/Chronische Herzinsuffizienz/ Asthma bronchiale/COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18 (weggefallen)		
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21 (weggefallen)		

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.

Anlage 7 Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL

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

Koronare Herzkrankheit - Dokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Angina pectoris	Nein/wenn ja: CCS I, CCS II, CCS III, CCS IV
2	Serum-Elektrolyte ^{1 2}	Bestimmt/Nicht bestimmt
2a	LDL-Cholesterin	mg/dl/mmol/l/Nicht bestimmt
Relevante Ereignisse		
3	Relevante Ereignisse ³	Herzinfarkt/instabile Angina pectoris/ Schlaganfall/Nein
4	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention ³	Koronarangiografie/PCI/Bypass-Operation/Keine
5	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation ^{4 5}	Anzahl
Medikamente		
6	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/orale Antikoagulation
7	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
8	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation ⁶ /AT1-Rezeptorantagonisten
9	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
10	Sonstige Medikation ^{7 8}	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 Überweisung veranlasst ⁴	Ja/Nein
13a	KHK-bezogene Einweisung veranlasst ⁴	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 zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

⁴ Einschließlich Herzinsuffizienz.

⁵ Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

⁶ Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten.

⁷ Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder eines arteriellen Hypertonus.

⁸ Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß dieser Richtlinie hingewiesen werden.

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

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

030CH

Krankenhaus-IK

Exemplar für die Datenstelle

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift

Stempel Arzt

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

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

030CH

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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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

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

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

030CH

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 den rechtlichen Anforderungen gesichert ist und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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 senden.

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 den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) gesetzlich 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 persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

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

- Betarezeptorenblocker 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). Sofern Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs 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. 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 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.

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

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

- Diabetes mellitus Typ 1 oder Diabetes mellitus Typ 2
 Koronare Herzkrankheit
 Asthma oder COPD

070BH

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(n)** 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(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien 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 senden.

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	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 – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit – unerwünschten Wirkungen der Therapie <p>Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p>Reduktion der Sterblichkeit</p>	<p>Vermeidung/Reduktion von</p> <ul style="list-style-type: none"> – akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Krankheitszeichen, Verschlimmerungen sowie des Auftretens von Begleit- und Folgeerkrankungen – krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des raschen Voranschreitens der Krankheit <p>bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie</p> <p>Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen</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 rechtlichen Grundlagen werden in den Programmen auch nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie z. B. die Tabakentwöhnung insbesondere bei COPD sowie 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"> – Diabetes Typ 2: Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid) – Diabetes Typ 1 und Typ 2: Insuline – bei hohem Blutdruck: Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer – Statine (zur Senkung der Blutfettwerte) – zur Linderung von Beschwerden infolge der diabetischen Nervenschädigungen: Antidepressiva und Antiepileptika, soweit diese auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opioide 	<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 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 Anticholinergika – lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika – Kombination lang wirksamer Anticholinergika und lang wirksamer Beta-2-Sympathomimetika <p>im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (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 – kurz wirksame Anticholinergika – eine Kombination aus kurz wirksamen 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 Qualitätssicherung

V 4.0 – Stand 15-08-2014

QUALITÄTSSICHERUNG KORONARE HERZKRAKHEIT (KHK) und MODUL HERZINSUFFIZIENZ Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 6 der DMP-A-RL

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
I. Hoher Anteil von normotensiven Teilnehmern bei bekannter Hypertonie	<p>Anteil der Teilnehmer mit RR systolisch <139 mmHg und diastolisch <=89 mmHg bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p><u>Zielwert:</u> ≥ 60%</p> <p><i>optional zusätzlich:</i> Anteil der Teilnehmer mit RR systolisch <=139 mmHg und diastolisch <= 89 mmHg bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie Teilnehmer mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch <139 und diastolisch <=89 mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</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	LE: Information über das Feedback
II. Niedriger Anteil von rauchenden Teilnehmern	<p>a) Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p> <p>b) Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</p> <p><u>Zielwert:</u></p>	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p> <p>b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 16 (AD)</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Nicht festgelegt <i>optional zusätzlich:</i> Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben mit jeweils gleicher DMP-Teilnahmedauer	(Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen <u>mindestens eine Folgedokumentation vorliegt</u> <i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i>		
III. Hoher Anteil von Teilnehmern, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	Anteil der Teilnehmer, die Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation <u>Zielwert:</u> >= 80% Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer UND NICHT Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ ODER „orale Antikoagulation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. Hoher Anteil von Teilnehmern, die Betablocker erhalten	Anteil der Teilnehmer, die Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer ohne Kontraindikation. <u>Zielwert:</u> >= 80% Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 7 (ISD) Betablocker = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer UND NICHT Feld 7 ISD (Betablocker) = „Kontraindikation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
V. Hoher Anteil von Teilnehmern, die Statine erhalten	Anteil der Teilnehmer, die Statine erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer ohne Kontraindikation. <u>Zielwert:</u> >= 80% Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 9 ISD (HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin)) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer UND NICHT Feld 9 ISD (HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin)) = „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 geschulten Teilnehmern	<p>a) Anteil der Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie.</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p> <p>b) Anteil der Teilnehmer mit Diabetes, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekanntem Diabetes mellitus.</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p>	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankung) = „Arterielle Hypertonie“ UND Feld 12 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p>b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Diabetes“ UND Feld 12 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Diabetes mellitus“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VII. Hoher Anteil von Teilnehmern ohne Angina-pectoris-Beschwerden	<p>Anteil von Teilnehmer ohne Angina-pectoris-Beschwerden bezogen auf alle Teilnehmer.</p> <p>Zielwert: Nicht festgelegt</p> <p>Zusätzlich Darstellung der Verteilung der Teilnehmer mit Angina-pectoris-Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina pectoris) = „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p> <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina pectoris) a) = „CCS 1“ b) = „CCS 2“ c) = „CCS 3“ d) = „CCS 4“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) > 139mmHg syst. oder > 89 mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Teilnehmern mit bekannter Begleiterkrankung „Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr
II. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Teilnehmer mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) bezogen auf alle Teilnehmer <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
III. Reduktion des Anteils der rauchenden Teilnehmer	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Teilnehmer gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 12 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung und/oder Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr
V.				

Teil 3 Modul Herzinsuffizienz (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Hoher Anteil von Teilnehmern am Modul Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten	Anteil der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, die einen ACE-Hemmer erhalten. <u>Zielwert:</u> 80% unter den Teilnehmern, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 8 (ISD) (ACE-Hemmer) = „ja“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmer 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 Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, die trotz Fehlens einer Kontraindikation keinen ACE-Hemmer enthalten Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts
VII. Hoher Anteil von Teilnehmern am Modul Herzinsuffizienz, bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden	Anteil der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden.	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 2 (ISD) (Serum-Elektrolyte) = „bestimmt“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmer 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 Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, 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
VIII. Hoher Anteil von Teilnehmern am Modul Herzinsuffizienz , die Beta-Blocker erhalten	Anteil der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, die einen Betablocker erhalten. <u>Zielwert:</u> 80% unter den Teilnehmern, bei denen keine Kontraindikation vorliegt	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 7 (ISD) (Betablocker) = „ja“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmer 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 Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz , 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
AD	=	Allgemeiner Datensatz der Anlage 2
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 6

Erläuterung: Unter Teilnehmern sind hier die am Programm teilnehmenden Patientinnen und Patienten gemeint

Technische Anlage

zur

Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Koronare Herzkrankheit

**Version:
Gültig ab:**

**01
02.04.2015**

Inhalt:

0	Grundlage	3
1	Austauschformate	3
2	Dateiaufbau	3
	2.1 Allgemeines.....	3
	2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei.....	4
3	Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen	5
4	Anhang 2: Schlüsseltabelle Berechtigungen	6

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesversicherungsamtes erfordern ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xls-Datei) zur Verfügung zu stellen.

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile ´1´ vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ Gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. ´5´) die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. ´...35´) die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ ´M` und Kann-Datenelemente als Feld-Art ´K` gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe ´N´ = numerisch oder ´AN´ = alphanummerisch. Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ ´N´) sind die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanummerischen Feldern (Feld-Typ ´AN´) sind die Zeichen ´A´ - ´Z´, ´.´, ´;´ und die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig.

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	FeldTyp	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	N	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	N	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“
L	Fax	...25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, muss das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Siehe Anhang 1, Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Semikolon zu verwenden.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Zweistelliger Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung, s. Anhang 2 Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN. Bei Mehrfachnennungen ist „ als Trennzeichen ein Semikolon zu verwenden.

*Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und Berechtigungen, sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen ist ein Semikolon zu verwenden. Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen
A = Hausärzte (1. Ebene)
B = Fachärzte, nicht invasiv tätig (2. Ebene)
C = Fachärzte, die invasiv tätig sind (2. Ebene)
D = Ambulant versorgende Krankenhäuser (§ 137 f Abs. 7 SGB V) (2. Ebene)

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	möglich für folgende Indikationen
01	Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als koordinierender Arzt/Leistungserbringer	<i>alle</i>
02	Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als nicht koordinierender besonders qualifizierter Arzt/Leistungserbringer	<i>alle</i>
09	LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung	<i>DM2, DM1, KHK</i>
10	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	<i>DM1, DM2, KHK</i>
13	Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	<i>DM2, DM 1, KHK</i>
14	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	<i>DM2, DM 1, KHK</i>
15	Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)	<i>DM2, DM 1, KHK</i>
16	SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)	<i>KHK</i>
24	INRatio Gerinnungsselbstmanagement Strukturiertes Behandlungsprogramm für Patienten unter oraler Antikoagulation (SPOG2)	<i>KHK</i>

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 DMP KHK-Teilnehmer (nicht insulinpflichtige 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 DMP KHK-Teilnehmer, die nicht insulinpflichtige Diabetiker sind	4 Einheiten (jeweils mindestens 90 Minuten) je 20 €
3. Schulung für Insulinpflichtige (Grüßer-M., Röger-Ch., Jörgens-V.) Gruppen bis zu 8 Patienten	für DMP KHK-Teilnehmer, die insulinpflichtige Diabetiker sind	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 DMP KHK-Teilnehmer, die insulinpflichtige Diabetiker sind und 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 DMP KHK-Teilnehmer mit Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, 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 DMP KHK-Teilnehmer 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 DMP KHK-Teilnehmer 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 DMP KHK-Teilnehmer 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.

Schulungen nach Nr. 8 sind für DMP-KHK Teilnehmer mit Schulungsanlass oraler Gerinnungshemmung geeignet.

Schulungen nach N.1 und 2 sind für DMP-KHK-Teilnehmer mit Schulungsanlass Typ 2-Diabetes ohne Insulintherapie geeignet

Je nach der speziellen Konstellation (Alter, Diabetesdauer, Lernvermögen, spezielle Einschränkungen) für den jeweiligen Patienten kommt eines dieser Schulungsprogramme in Frage. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar

Schulungen nach Nr. 3, 4, 5 sind für DMP-KHK-Teilnehmer mit Schulungsanlass Typ 2-Diabetes mit Insulintherapie geeignet:

Je nach der speziellen Konstellation (Art der Insulintherapie, Alter, Diabetesdauer, Lernvermögen, spezielle Einschränkungen) für den jeweiligen Patienten kommt eines dieser Schulungsprogramme in Frage. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar

Schulungen nach Nr. 6 und 7 sind für DMP KHK-Teilnehmer mit Schulungsanlass Hypertonie geeignet.

Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.

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 **7,70 Euro** pro teilnehmenden Versicherten.

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

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus KHK einschließlich des Moduls chronische Herzinsuffizienz in Hamburg

Stand: 01.01.2018

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
107536171	BKK Aesculap	Jetterstr. 13/1	78532	Tuttlingen
105530422	BKK B. Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser 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
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
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 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
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
104926702	Die BERGISCHE Krankenkasse	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
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
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
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen