

Vereinbarung

über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei Koronarer Herzkrankheit (KHK) in Baden-Württemberg auf der Grundlage des § 83 SGB V (Vereinbarung DMP KHK)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der

AOK Baden-Württemberg, Presselstr. 19, 70191 Stuttgart

- nachfolgend „AOK BW“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	5
Präambel	7
Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich	
§ 1 Ziele der Vereinbarung	8
§ 2 Geltungsbereich	8
Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte und Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen des DMP-Arztes	8
§ 4 Aufgaben des DMP-Arztes	9
§ 5 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des jeweils kardiologisch qualifizierten Facharztes bzw. der kardiologisch qualifizierten Einrichtung	10
§ 6 Mitwirkende Ärzte	12
§ 7 Teilnahme von Krankenhäusern	12
§ 8 Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen	12
§ 9 Antrag auf Teilnahme	12
§ 10 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung	13
§ 11 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	13
§ 12 Leistungserbringerverzeichnis	13
Abschnitt III – Versorgungsinhalte	
§ 13 Medizinische Anforderungen an das DMP KHK	14
Abschnitt IV – Qualitätssicherung	
§ 14 Grundlagen und Ziele	14
§ 15 Maßnahmen und Indikatoren	15
§ 16 Durchführung der Qualitätssicherung	15
§ 17 Fortbildung der Ärzte	16
§ 18 Vertragsmaßnahmen	16
Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten	
§ 19 Teilnahmevoraussetzungen	17
§ 20 Information und Einschreibung	17
§ 21 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	18
§ 22 Beginn und Ende der Teilnahme	18
§ 23 Wechsel des DMP-Arztes	19
§ 24 Versichertenverzeichnis	19

Abschnitt VI – Schulungen

§ 25	Versichertenschulung	19
------	----------------------	----

Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 26	Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	20
§ 27	Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	20
§ 28	Datenstelle	20
§ 29	Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	21
§ 30	Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	21

Abschnitt VIII – Datenfluss und Datenverwendung

§ 31	Erst- und Folgedokumentationen	22
§ 32	Datenverwendung	22
§ 33	Datenzugang	23
§ 34	Datenaufbewahrung und -löschung	23

Abschnitt IX – Evaluation

§ 35	Evaluation	23
------	------------	----

Abschnitt X – Vergütung und Abrechnung

§ 36	Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen	23
------	--	----

Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen

§ 37	Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	24
§ 38	Haftung	24
§ 39	Laufzeit und Kündigung	24
§ 40	Salvatorische Klausel	24

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	25
Strukturqualität DMP-Arzt	
Anlage 2	26
Strukturqualität qualifizierter Facharzt	
Anlage 3	29
Versorgungsinhalte Koronare Herzkrankheit	
Anlage 4	40
Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme	
Anlage 5	46
Leistungserbringerverzeichnis	
Anlage 6	47
Qualitätssicherung	
Anlage 7	55
Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte	
Anlage 8	57
Datenschutzinformation	
Anlage 9	58
Patientenmerkblatt	
Anlage 10a	63
Indikationsübergreifende Dokumentationsdaten	
Anlage 10b	64
Indikationsspezifische Dokumentationsdaten KHK	
Anlage 11	66
Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz	
Anlage 12	67
Patientenschulung	
Anlage 13	68
Strukturierter Arztbrief	

Erläuterungen

„Aus Gründen der Lesbarkeit wird die männliche Form genutzt (z.B. „der Arzt“ oder „der Patient“), es ist selbstverständlich auch die weibliche Form (z.B. „die Ärztin“ oder „die Patientin“) damit gemeint.

Bei minderjährigen Versicherten/Patienten gelten die gesetzlichen Bestimmungen über die Vertretung.

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

§§	Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diese Vereinbarung
Arzt	Der am DMP KHK teilnehmende und mitwirkende Vertragsarzt, medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 117 SGB V (Hochschulambulanzen) und ermächtigter Arzt, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Arzt, angestellter	Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs.1 SGB V
Arzt, anstellender	Arzt, der berechtigt ist, einen Arzt i.S. des § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V anzustellen
DMP-Arzt	Arzt im Sinne des § 3 dieser Vereinbarung, sowie bei diesem angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
Arzt, koordinierender	Gleichbedeutend mit DMP-Arzt
Arzt, Vertragsarzt	Arzt, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt ist, weitere Ärzte anzustellen
AOK BW	AOK Baden-Württemberg
Arbeitsgemeinschaft	Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V i.S.v. §§ 26,27
BVA	Bundesversicherungsamt
Datenstelle	Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 28
DMP	Disease-Management-Programm
DMP-RL	Richtlinie des G-BA zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V
DMP-A-RL	Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V
DMP-AF-RL	Richtlinie des G-BA zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V
Dokumentationen/ Dokumentationsdaten	Erst- und Folgedokumentationen mit den in der Anlage 10 i.V.m. Anlagen 2 und 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten
Facharzt	Facharzt ist ein qualifizierter Facharzt i.S.v. § 5
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V
Gemeinsame Einrichtung	Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV i.S.v. §§ 29, 30
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Leistungserbringer	Ärzte sowie angestellte Ärzte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
Qualifizierte Einrichtung	Einrichtung, die gemäß Anlage 5, Ziffer 1.7.2 DMP-A-RL, für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt sowie bei dieser angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch Teil fünf
SGB X	Sozialgesetzbuch Teil zehn

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch Behandlungsprogramme (im Folgenden DMP genannt) nach § 137f SGB V strukturiert werden. Daher schließen die AOK BW und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Koronarer Herzkrankheit (im Folgenden KHK genannt).

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2018 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt die Vereinbarung vom 16.06.2015. Ein erneuter Teilnahmeantrag der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderung der DMP-A-RL einschließlich der 6. Änderungsvereinbarung (Beschlussfassung vom 20.04.2017). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL sowie der DMP-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation KHK sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL festgelegt.

Die KHK ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel. Die KHK und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen können. Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die koronare Herzerkrankung eine herausragende Bedeutung als chronische Erkrankung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose von KHK zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgeerkrankungen positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden. Für die Behandlung und Betreuung dieser KHK-Patienten müssen die Begleiterkrankungen (insbesondere die Hypertonie) und die besonderen Lebensumstände unter Beachtung der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden. Der Verbesserung der Versorgung von KHK-Patienten wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms, insbesondere die Regelungen zur Erfassung, Übermittlung und Nutzung von Behandlungsdaten so zu gestalten sind, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung sowie die Qualitätssicherung im Programm soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die AOK BW erfolgt ausschließlich in dem durch die DMP-A-RL, der RSAV und den Bestimmungen dieses Vertrages festgelegten Umfang.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ I

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP KHK in Baden-Württemberg. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten, den weiteren an der medizinischen Versorgung Beteiligten sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit KHK gewährleistet werden.
- (2) Der Patient soll durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an dieses Behandlungsprogramm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend Anlage 5 Ziffer 1.3 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner folgende Therapieziele an:
 1. Reduktion der Sterblichkeit,
 2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
 3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte, welche die Voraussetzungen nach §§ 3 und 5 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen.
 2. Versicherte der AOK BW, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
 3. Versicherte weiterer AOKs, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt für die weiteren AOKs durch die AOK BW. Soweit eine der weiteren AOKs die DMP-Regelungen dieser Vereinbarung nicht mehr anerkennt, erfolgt eine Information an den DMP-Arzt durch die AOK BW.
- (2) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (3) Grundlage dieser Vereinbarung sind die RSAV, die DMP-AF-RL sowie die DMP-A-RL.

Abschnitt II

Teilnahme der Ärzte und Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen des DMP-Arztes

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.

- (2) Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind Ärzte, soweit sie die Anforderungen nach Anlage 1 (Strukturqualität DMP-Arzt) - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und dies gegenüber der KVBW nachweisen. Änderungen oder Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (3) In Ausnahmefällen kann ein nach § 5 teilnehmender kardiologisch qualifizierter Facharzt DMP-Arzt sein. Dies gilt insbesondere dann, wenn
 - der Versicherte bereits vor Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder
 - diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Anforderungen nach Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) sind von diesem Arzt zu erfüllen.

- (4) Bei Patienten die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind, soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ der bereits gewählte DMP-Arzt diese Funktion auch im DMP KHK übernehmen. Dies gilt auch für DMP-Teilnehmer, die bereits einen nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt als DMP-Arzt gewählt haben, soweit dieser auch am DMP KHK teilnimmt.
- (5) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arztbezogen zu erfüllen. Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen, räumlich gebundene sowie organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 9 bestätigt der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des MVZs), dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt (bzw. das anstellende MVZ) die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt (bzw. dem Leiter des MVZs) unverzüglich schriftlich mitgeteilt.
- (7) Die Strukturqualität muss zu Beginn der Teilnahme nachgewiesen werden. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 10. Der Wegfall der Strukturvoraussetzungen ist der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 4 Aufgaben des DMP-Arztes

- (1) Zu den Aufgaben des DMP-Arztes nach § 3 gehören insbesondere:
 1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der unter Beachtung der nach § 13 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten – bei Minderjährigen auch die Einbeziehung der gesetzlichen Vertreter – gemäß § 20,
 3. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII spätestens bis zum 5. des Folgemonats an die Datenstelle nach § 28. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,
 4. die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden,

5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 6. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, sofern die Schulungsberechtigung der KVBW gegenüber entsprechend nachgewiesen ist,
 7. die Überweisungen zur Auftragserteilung, insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen an andere Ärzte entsprechend der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt),
 8. die Einweisung zur stationären Behandlung insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,
 9. bei Überweisung/Einweisung therapierelevante Informationen, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
 10. bei Wechsel des DMP-Arzt, sind dem neuen DMP-Arzt mit Zustimmung des Patienten auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
 11. bei Erwägung einer Rehabilitationmaßnahme insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL über die AOK BW zu prüfen. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
 12. die Zusammenarbeit mit kardiologisch qualifizierten Fachärzten gemäß § 5 in der Region,
 13. die Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus gemäß § 7,
 14. die Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der AOK BW und Motivation der Versicherten diese wahrzunehmen. Entsprechende Informationen werden von der AOK BW zur Verfügung gestellt,
 15. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (2) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt gelten die Ziffern 1 bis 15 des Absatzes 1 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 (Strukturqualität DMP-Arzt) bzw. Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.
- (3) Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV bzw. DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des jeweils kardiologisch qualifizierten Facharztes bzw. der kardiologisch qualifizierten Einrichtung

- (1) Die Teilnahme der kardiologisch qualifizierten Fachärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung sind Fachärzte, die die Voraussetzungen der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) – persönlich oder durch angestellte Ärzte –

erfüllen und dies gegenüber der KVBW nachweisen. Änderungen oder Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die Strukturqualität muss der Facharzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 10.

- (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 dem Teilnahmeantrag nach § 9 bestätigt der anstellende Arzt (bzw. der Leiter des MVZs), dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt (bzw. das anstellende MVZ) die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt (bzw. dem Leiter des MVZs) unverzüglich schriftlich mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören insbesondere:
 1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 13 geregelten Versorgungsinhalte; die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelterapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist,
 4. soweit für die Behandlung des Versicherten erforderlich, die Überweisung an andere Fachärzte entsprechend der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 5. die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den DMP-Arzt nach § 3, zur rechtzeitigen Erstellung der erforderlichen Dokumentationen,
 6. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den DMP-Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur rechtzeitigen Erstellung der Dokumentation mit den in Anlage 13 (Strukturierter Arztbrief) genannten Inhalten zu übermitteln,
 7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den DMP-Arzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,
 8. bei Überweisung/Einweisung an andere Ärzte therapierelevante Informationen, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
 9. bei Erwägung einer Rehabilitationmaßnahme insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL über die AOK BW zu prüfen. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
 10. die Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus nach § 7,

11. die Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der AOK BW und Motivation der Versicherten, diese wahrzunehmen. Entsprechende Informationen werden von der AOK BW zur Verfügung gestellt,
 12. die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung (Moderation) an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln,
 13. die Teilnahme von invasiv tätigen Fachärzten an einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA¹ in der jeweils geltenden Fassung.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 13 des Absatzes 5 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP berechtigt.
- (7) Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV Sorge zu tragen.

§ 6 Mitwirkende Ärzte

Bei der Umsetzung des DMP wirken qualifizierte Ärzte gemäß Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) mit.

§ 7 Teilnahme von Krankenhäusern

Die AOK BW bindet Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von am DMP teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK vertraglich ein. Näheres wird in einem gesonderten Vertrag zwischen der AOK BW und den Krankenhäusern geregelt.

§ 8 Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen

Die AOK BW bindet mindestens eine Rehabilitationseinrichtung für die Versorgung von am DMP teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK gesondert vertraglich ein. Näheres wird in einem gesonderten Vertrag zwischen der AOK BW und den Einrichtungen geregelt.

§ 9 Antrag auf Teilnahme

Der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt beantragt bei der KVBW die Genehmigung zur Teilnahme/Mitwirkung am DMP KHK nach § 3 (DMP-Arzt) bzw. nach § 5 (kardiologisch qualifizierten Facharzt) sowie den in den Anlagen 1 und 2 (Strukturqualität) dieser Vereinbarung weiter genannten Qualifikationen schriftlich. Der Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung gemäß Anlage 4 wird in der jeweils aktuellen Fassung auf der Homepage der KVBW veröffentlicht.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren

§ 10

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung

- (1) Die KVBW überprüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität nach § 3 bzw. § 5 in Verbindung mit den Anlagen 1 (Strukturqualität DMP-Arzt) und der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) und erteilt schriftlich die erforderlichen Genehmigungen.
- (2) Die KVBW überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 12 (Patientenschulung), für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und § 5 und erteilt schriftlich die erforderliche Genehmigung.

§ 11

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes gemäß §§ 3 bzw. 5 beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag des Eingangs des Antrags gemäß Anlage 4 (Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme) bei der KVBW. Die Teilnahme wird schriftlich genehmigt.
- (2) Der teilnehmende Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVBW kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines DMP-Arztes, kann die AOK BW die hiervon betroffenen Versicherten auf weitere DMP-Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Arztwechsel gemäß § 23 zu ermöglichen.
- (4) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KVBW, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (5) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den §§ 3 bzw. 5 näher bezeichneten Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, teilnahmeberechtigt. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in der Betriebsstätte erlischt dessen Genehmigung.

§ 12

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Die KVBW führt über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte nach § 3 und § 5 ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen MVZs angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP KHK erbringen. Die KVBW stellt dieses Verzeichnis der Datenstelle regelmäßig in elektronischer Form im XML-Format zur Verfügung. Die Datenstelle übermittelt dieses Verzeichnis im bilateral abgestimmten Format an die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft sowie die AOK BW und die KVBW.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 5 umfasst auf den Arzt bezogen folgende Inhalte:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbracht werden,
 - Arzt- und Betriebsstättennummer und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen.
- (3) Die AOK BW führt ein Verzeichnis der nach § 7 teilnehmenden Krankenhäuser und der nach § 8 teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVBW auf Anforderung in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der Ärzte zur Verfügung gestellt.

- (4) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Absatz 1 und 3 stellt die AOK BW dem BVA und dem Landesprüfamt auf Anforderung zur Verfügung. Ungeachtet von Satz 1, werden dem BVA alle 5 Jahre (und zusätzlich auf Anforderung) die Leistungserbringerverzeichnisse in aktualisierter Form vorgelegt.
- (5) Weiterhin werden diese Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. den an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzten gemäß §§ 3 und 5 durch die KVBW,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der AOKs, insbesondere bei Neueinschreibung durch die AOK BW.
- Das Verzeichnis ist vollständig zur Verfügung zu stellen. Eine Einschränkung auf die innerhalb eines Landkreises teilnehmenden Ärzte ist zulässig. Die freie Arztwahl darf nicht beeinflusst werden.
- (6) Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 5 kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken auch im Internet auf den jeweiligen Internetseiten veröffentlicht werden soweit der Arzt der Veröffentlichung seiner Daten zugestimmt hat.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 13

Medizinische Anforderungen an das DMP KHK

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 3 (Versorgungsinhalte) definiert und Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Inhalte dieser Anlage entsprechen den Anforderungen nach Anlage 5 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieser Vereinbarung (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V, über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.
- (2) Die an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte sind zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (3) Bei Vorliegen einer weiteren Diagnose, für die medizinische und strukturelle Inhalte in den Anlagen zur RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie in der diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung beschrieben und von den Vertragspartnern vertraglich umgesetzt worden sind, sollen diese in Abstimmung mit den Patienten, auch wenn sie nicht in ein entsprechendes DMP eingeschrieben sind, beachtet werden.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 14

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 6 (Qualitätssicherung) genannten Ziele, die nach den fixierten Indikatoren der Dokumentationsdaten nach § 137f Abs. 2, Satz 2 Nr. 5 SGB V einzubeziehen sind. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Beachtung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen) und Anlage 5 der DMP-A-RL,
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 5 der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 bis 8,
5. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 15

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen des DMP KHK die Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 6 (Qualitätssicherung) zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 29.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 der DMP-A-RL insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 2. strukturierter Feedbackbericht auf der Basis der Dokumentationsdaten an die DMP-Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; dazu kann auch die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln gehören,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.

§ 16

Durchführung der Qualitätssicherung

- (1) Die Datenstelle gemäß § 28 sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden DMP-Ärzten.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 29 wertet die ihr gemäß § 28 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der Anlage 6 (Qualitätssicherung) arztbezogen aus und informiert die DMP-Ärzte. Die Auswertungen sollen auch Informationen über eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie ermöglichen.
- (3) Die AOK BW
 1. erinnert die eingeschriebenen Versicherten schriftlich an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Datenstelle gemäß § 28 Absatz 3 an die AOK BW gemeldeten Daten fehlt,
 2. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 29 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen,
 3. berät die Versicherten zu Maßnahmen nach § 32.
- (4) Die KV BW

1. wertet die ihr gemäß § 28 Absatz 2 übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
 2. wird von der Gemeinsamen Einrichtung über die Auswertung und den Versand nach Absatz 2 informiert,
 3. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 29 in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6 Teil 1 (Qualitätssicherung) und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 17 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß §§ 3 und 5 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 29 ab.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen bei den teilnahmeberechtigten Ärzten nach §§ 3 und 5 (z.B. Praxismanual) dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 29 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (5) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung.
- (6) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.

§ 18 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der DMP-Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die teilnehmenden Ärzte die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
 1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 2. Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL),
 3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVBW (Ausschluss).

Abschnitt V **Teilnahme und Einschreibung des Versicherten**

§ 19 **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte gemäß § 2 können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien erfüllt sind:
 1. die Diagnose KHK ist gemäß Ziffer 1.2 und 3.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL gesichert.
 2. der Versicherte erteilt einmalig die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 7).
 3. der Versicherte erhält umfassende, auch schriftliche Informationen über:
 - die Programminhalte,
 - die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die AOK BW übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
 - die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
 - über seine Mitwirkungspflichten
 - sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Der Versicherte kann von der Einschreibung in Hinblick auf die in Ziffer 1.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Therapieziele profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (4) Wenn der Versicherte an mehreren in der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er bei Erfüllung der Einschreibekriterien an den verschiedenen strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen.

§ 20 **Information und Einschreibung**

- (1) Die AOK BW informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 9 (Patienteninformation), über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5 Ziffer 3 der DMP-A-RL. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Der DMP-Arzt informiert nach § 19 teilnahmeberechtigte Patienten. Der DMP-Arzt kann bei dieser Gelegenheit auf die Möglichkeit der Einschreibung bei der AOK BW nach Absatz 6 verweisen. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 21 bei einem DMP-Arzt einschreiben.

- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP KHK sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 21, folgende Unterlagen notwendig:
1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch den behandelnden DMP-Arzt,
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die schriftliche Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der DMP-Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt an der Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 28, entsprechend den Vorgaben nach § 4, weiterleitet. Die AOK BW stellt sicher, dass der Versicherte sich nicht bei mehreren DMP-Ärzten für das DMP KHK einschreibt.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei der AOK BW in das DMP einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der AOK BW an seinen behandelnden DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden können.
- (6) Nachdem der AOK BW alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt sie dem Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 21

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 3 Absatz 1 der DMP-A-RL und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung gemäß Anlage 8 (Datenschutzinformation) erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 7 zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein.

§ 22

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP KHK wird, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die AOK BW gemäß § 20 Absatz 7 mit dem Tag wirksam, an dem das letzte Dokument entsprechend § 20 Absatz 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber der AOK BW kündigen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei der AOK BW aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP KHK endet mit dem Tag
- der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Absatz 3 SGB V,
 - des Zugangs bei Widerruf der Einwilligungserklärung bei seiner zuständigen AOK,
 - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zur AOK vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann seine Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV entsprechend),

- der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV, weil
 - der Versicherte die Voraussetzungen für die Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat, oder
 - zwei aufeinanderfolgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr.1a RSAV genannten Frist vollständig und plausibel übermittelt worden sind.
- (4) Die AOK BW informiert den Versicherten, den DMP-Arzt und die Datenstelle gemäß § 28 unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 19 vorliegen.

§ 23 Wechsel des DMP-Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL und sendet diese innerhalb der in § 4 Absatz 1 Nr. 3 genannten Fristen an die Datenstelle gemäß § 28. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-Arztes.

§ 24 Versichertenverzeichnis

Die AOK BW übermittelt der KVBW bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 19 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI Schulungen

§ 25 Versichertenschulung

- (1) Die AOK BW informiert gemäß der Anlage 9 (Patienteninformation) ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Darin werden auch vertraglich vereinbarte Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm gemäß Anlage 12 (Patientenschulung). Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte die gemäß der Anlage 12 (Patientenschulung) hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 10.
- (4) In die Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten, wirtschaftlichen und evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL einzubeziehen. Die Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL konform und vom BVA akkreditiert. Es wird in den Schulungsprogrammen auf Inhalte verzichtet, die der DMP-A-RL widersprechen.

Abschnitt VII **Arbeitsgemeinschaft/Datenstelle/Gemeinsame Einrichtung**

§ 26 **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 27 **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL zu pseudonymisieren und ihn an die KVBW und die nach § 29 gebildete Gemeinsamen Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 28 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 28 **Datenstelle**

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine Datenstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 26 beauftragt die Datenstelle zur:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 29 und die KVBW,
 4. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL.
- (3) Die AOK BW beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität, Verarbeitung und Archivierung der DMP-Versicherten-Teilnahmeerklärungen und Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben,
 3. Elektronische Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL unmittelbar an die AOK BW.
- (4) Der DMP-Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,

2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft,
 3. Weiterleitung dieser Daten an die AOK BW oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben genehmigt der DMP-Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag nach § 9 die mit der Datenstelle geschlossenen Verträge.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind, geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt mit noch zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Wird eine entsprechende Beauftragung vorgenommen, ist der hierzu nach § 80 SGB X erforderliche Vertrag dem BVA unverzüglich zu übermitteln.

§ 29

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28 f Absatz 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 30

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die Qualitätssicherung des Programmablaufes zur Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. Die Aufbereitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL in einer für die Verlaufsbetrachtung des Programms geeigneten Form,
 2. die regelmäßige Evaluation der Umsetzung der Vereinbarung anhand der nach Nr. 1 aufbereiteten Daten insbesondere unter der Fragestellung, ob
 - die Dokumentationsqualität ausreichend ist,
 - die Anforderungen an die Behandlung von teilnehmenden Ärzten beachtet werden
 - die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht,
 3. die Entgegennahme der regelmäßigen Berichte der KVBW über die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherung gemäß § 16 Abs. 4 sowie der AOK BW über die Ergebnisse der versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen gemäß § 16 Absatz 3 in pseudonymisierter summarischer Darstellung,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 6 DMP-A-RL,
 5. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der AOK BW ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die AOK BW stellt die hierzu erforderlichen Daten, soweit verfügbar, bereit.
- (3) Die Partner der Gemeinsamen Einrichtung stimmen schriftliche Unterlagen
1. zur Information der Versicherten nach §§ 20 Abs. 1; 25 Abs. 1 und 32 Abs. 1 Nr. 3

2. für Erinnerungsmaßnahmen nach § 16 Abs. 3
 3. zur Information der Ärzte nach § 17 Abs. 1
- zu dieser Vereinbarung ab.

Abschnitt VIII

Datenfluss und Datenverwendung

§ 31

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in den Anlagen 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.
- (2) Der DMP-Arzt legt, unter Beachtung der Anlage 11 (Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz), in seinen Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL entsprechend der Ausprägung der KHK fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

§ 32

Datenverwendung

- (1) Die nach § 28 Abs. 3 an die AOK BW weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL werden von der AOK BW nur für folgende Zwecke genutzt:
 1. schriftliche Information von Versicherten nach §§ 20 Abs. 1 und 25 Abs. 1,
 2. schriftliche Information von Versicherten nach § 16 Abs. 3 zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
 3. ergänzende Informationen der Versicherten über Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen sowie Beratungs- und Schulungsangebote gemäß Abs. 2
 4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV.
- (2) Die Maßnahmen nach Absatz 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
 1. Maßnahmen der AOK BW ohne Benachteiligung mit dem DMP-Arzt:
 - allgemeine Information (Broschüren) über KHK bzw. Begleiterkrankungen,
 - Gesundheitsangebote der AOK BW, insbesondere zu Ernährung, Bewegung und Raucherentwöhnung,
 - Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV,
 - Erinnerung an einen Arztbesuch.
 2. Maßnahmen der AOK BW im Benehmen mit dem DMP-Arzt:
 - Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung, z.B. Hypertonie,
 - Angebot einer Beratung für Raucher,
 - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX,

- Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der AOK BW unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds,
 - Angebote zur psychosozialen Betreuung.
- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 34 genannten Aufbewahrungsfrist.
- (4) Der teilnehmende Versicherte wird durch das Aushändigen eines Ausdrucks über die übermittelten Daten unterrichtet.

§ 33 Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Gleiches gilt für den Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die AOK BW übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten.

§ 34 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Datensätze der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL werden von der Datenstelle gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V archiviert bzw. vernichtet. Gleiches gilt für Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die AOK BW übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung der Vereinbarung.

Abschnitt IX Evaluation

§ 35 Evaluation

- (1) Die Evaluation nach §137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms durch die AOK BW sichergestellt und erfolgt unter Beachtung der jeweils gültigen Evaluationskriterien nach § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von der AOK BW (bzw. einem von der AOK BW beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt X Vergütung und Abrechnung

§ 36 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem DMP stehender Leistungen und Kosten werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

Abschnitt XI **Sonstige Bestimmungen**

§ 37 **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die Datenübermittlung nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den elektronischen Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 38 **Haftung**

Eine Haftung der KVBW für etwaige der AOK BW im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

§ 39 **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2018 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 16.06.2015. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei einer Wiederzulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen ebenfalls weiter. Ein erneuter Antrag der Ärzte auf Genehmigung zur Teilnahme bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA kann die Vereinbarung von jedem Vertragspartner mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 40 **Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung 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 und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlage I

Strukturqualität DMP-Arzt

Teilnahmeberechtigt sind Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teilnehmen und die nachfolgenden Voraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Zeitpunkt/Häufigkeit/Hinweise
Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung und/oder Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme
Möglichkeit, Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards durchzuführen	Bei Beginn der Teilnahme
Möglichkeit zur Basisdiagnostik der KHK, mindestens: ▪ Mehrkanal EKG mit 12 Ableitungen ▪ Belastungs-EKG in Eigenleistung oder per Auftragsleistung insbesondere durch andere am DMP teilnehmende Ärzte unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie* ▪ Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann, in Eigen- oder Fremdlabor.	Bei Beginn der Teilnahme
KHK-spezifische, durch die Landesärztekammer zertifizierte Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel	In regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich

* Leitlinien zur Ergometrie, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löffgen: Leitlinien zur Ergometrie. Z. Kardiol. 89(2000), 821-837

Anlage 2

Strukturqualität qualifizierter Facharzt

Als kardiologisch qualifizierter Facharzt gem. § 5 dieser Vereinbarung teilnehmen können:

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie Ärzte in einer qualifizierten Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die an der ambulanten Versorgung teilnimmt. Die Voraussetzungen dieser Anlage sind persönlich oder durch angestellte Ärzte in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte zu erfüllen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für das DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Der Wegfall der Voraussetzungen ist der KV Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Die Strukturqualität muss zu Beginn der Teilnahme nachgewiesen werden. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 10.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
Kardiologe zur nicht-invasiven Diagnostik und Therapie der KHK	<u>Allgemeine Voraussetzungen:</u> Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme <u>Fachliche Voraussetzungen:</u> a) Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“ b) Facharzt für Innere Medizin mit der Genehmigung zur Durchführung echokardiographischer Leistungen nach dem B-/M-Mode-Verfahren, Doppler-Echokardiographie (PW-/CW-Doppler, Duplex-Verfahren mit Farbcodierung) und Belastungsechokardiographie gem. der aktuell gültigen Qualitätssicherungsvereinbarung zur Ultraschall Diagnostik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V oder c) Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zugelassen sind und aufgrund der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel Kardiologie des EBM erhalten haben Regelmäßige KHK-spezifische Fortbildung zertifiziert durch die Landesärztekammer, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens einmal jährlich

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	<u>Organisatorische Voraussetzungen und Geräte:</u> ▪ Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards ▪ 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards ▪ Qualitätsgesicherte EKG- und Langzeit-EKG-Durchführung ▪ Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie¹ ▪ Echokardiographie unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Ausstattung gem. den Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie² und dem Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Echokardiographie gegenüber der KV Baden-Württemberg (für Ärzte mit den fachl. Voraussetzungen gem. Buchstabe a und c ggf. als Auftragsleistung) ▪ Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann, in Eigen- oder Fremdlabor. ▪ Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax ggf. per Auftragsleistung ▪ Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierbaren Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)³. Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, ist die Genehmigung der KV Baden-Württemberg erforderlich
Kardiologe mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen ⁴ (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen)	<u>Allgemeine Voraussetzungen:</u> ▪ Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme <u>Fachliche Voraussetzungen:</u> ▪ Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“ ▪ Genehmigung⁴ zur Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen) der KV Baden-Württemberg

¹ Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löligen: Z. Kardiol. 89(2000), 821-837

² Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung Z. Kardiol 86: 387-403 (1997)

³ Gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers“ (Qualitätsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle) vom 01.04.2006

⁴ gem. „Voraussetzung gem. §135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen“

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	▪ Regelmäßige KHK-spezifische durch die Landesärztekammer zertifizierte Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens einmal jährlich ▪ Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierbaren Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)⁵. Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, ist die Genehmigung der KV Baden-Württemberg erforderlich

Weitere mitwirkende Fachärzte gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung

Hypertonie	In der Hypertoniebehandlung qualifizierter Facharzt für innere Medizin
Depression, psychiatrische und psychotherapeutische Mitbehandlung	In der Behandlung psychischer Erkrankungen qualifizierter ▪ Arzt, mit der Zusatzqualifikation Psychotherapie, oder ▪ Facharzt für psychotherapeutische Medizin, oder ▪ psychologischer Psychotherapeut, oder ▪ Facharzt für Psychiatrie

⁵ Gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers“ (Qualitätsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle) vom 01.04.2006

Anlage 3

Versorgungsinhalte koronare Herzkrankheit

Anlage 5 der DMP-A-RL „Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierte Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit koronare Herzkrankheit (KHK)“

1. **Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

1.1 Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK)

¹Die koronare Herzkrankheit ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. ²Sie 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

¹Die 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).

²Die 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

¹Das akute Koronarsyndrom beinhaltet die als Notfallsituationen zu betrachtenden Verlaufsformen der koronaren Herzkrankheit: den ST-Hebungsinfarkt, den Nicht-ST-Hebungsinfarkt, die instabile Angina pectoris. ²Die Diagnose wird durch die Schmerzanamnese, das EKG und Laboratoriumsuntersuchungen (zum Beispiel Markerproteine) gestellt. ³Die Therapie des akuten Koronarsyndroms ist nicht Gegenstand der Empfehlungen.

1.3 Therapieziele

¹Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. ²Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. ³Daraus 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

¹Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen.

²Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit haben ein erhöhtes Risiko, einen Myokardinfarkt zu erleiden oder zu versterben. ³Dieses 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. ⁴Daher soll die Ärztin oder der Arzt individuell das Risiko für diese Patientinnen und Patienten einmal jährlich beschreiben, sofern der Krankheitsverlauf kein anderes Vorgehen erfordert. ⁵Bei Vorliegen von Risikoindikatoren sind diese bei der individuellen Therapieplanung und -durchführung besonders zu berücksichtigen.

⁶Die 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.

⁷Auf 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

¹Die Ärztin oder der Arzt überprüft mindestens einmal jährlich, ob die Patientin oder der Patient von einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. ²Mögliche Interventionen sollen darauf ausgerichtet sein, die Patientinnen und Patienten zu motivieren, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren.

³Anzustreben ist eine möglichst tägliche körperliche Aktivität von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen). ⁴Die Intensität der körperlichen Aktivität ist an die individuelle Belastbarkeit des Patienten anzupassen. ⁵Insbesondere 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

¹Bei allen Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit soll der Blutdruck regelmäßig kontrolliert werden. ²Eine bestehende arterielle Hypertonie soll konsequent behandelt werden. ³Anzustreben 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. ⁴Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation der Patientin bzw. des Patienten (z. B. Alter, weitere Begleiterkrankungen) können individuelle Abweichungen erforderlich sein.

⁵Die 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

¹Diabetes mellitus ist ein Hauptrisikofaktor für das Auftreten von kardio- und zerebrovaskulären Komplikationen. ²Patientinnen/Patienten mit chronischer KHK sollten auf das Vorliegen eines Diabetes mellitus und seiner Vorstufen untersucht werden. ³Patientinnen/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.

⁴Es ist zu prüfen, ob Patientinnen/Patienten mit chronischer KHK und Diabetes mellitus am strukturierten Behandlungsprogramm Typ 1- oder Typ 2-Diabetes teilnehmen sollten.

⁵Unabhängig 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

¹Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit KHK ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen. ²Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation sowie fehlender

sozioemotionaler Rückhalt bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz sind unter anderem zu berücksichtigen.

³Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) ⁴anzupassen.

1.5.1.7 Psychische Komorbiditäten

¹Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen usw.) zu beachten. ²Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können. ³Bei psychischen Krankheiten sollte die Behandlung derselben durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

⁴Eine Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität sollte besondere Beachtung finden. ⁵Ist 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

¹Bei 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 Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements vorzusehen:

²Die 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. ³Im 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. ⁴Gegebenenfalls 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.

⁵In der Patientinnen- oder Patientenakte soll eine aktuelle Medikationsliste vorhanden sein.

⁶Diese kann der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für diese verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

⁷Bei 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. ⁸Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion anzupassen.

1.5.2 Medikamentöse Therapie

¹Die 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. ²Zum anderen soll eine Verbesserung der Lebensqualität durch eine symptomatische Therapie erreicht werden. ³Dazu zählen unter anderem eine

verbesserte Belastbarkeit sowie eine Linderung krankheitsbedingter Beschwerden wie etwa Angina pectoris und Luftnot.

⁴Vorrangig 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.

⁵Sofern 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.

⁶Grundsätzlich 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.

⁷Bei 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

¹Grundsätzlich soll bei allen Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung von Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten eine Thrombozytenaggregationshemmung durchgeführt werden.

²Eine Kombinationstherapie von Acetylsalicylsäure und einem P2Y₁₂-Rezeptorantagonisten ist nach einem akuten Koronarsyndrom, bis zu einem Jahr indiziert – gefolgt von einer Dauertherapie mit Acetylsalicylsäure.

³Bei 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]). ⁴Die interventionell tätigen Kardiologinnen oder Kardiologen informieren die weiterbehandelnden Ärztinnen oder Ärzte über die durchgeführte Intervention und die daraus begründete Art und Dauer der Thrombozytenaggregationshemmung.

⁵Bei Patientinnen/Patienten mit chronisch stabiler KHK und einer Indikation zur oralen Antikoagulation ist eine zusätzliche Thrombozytenaggregationshemmung nicht sinnvoll.

⁶Ausnahmen hiervon ergeben sich durch koronare Interventionen und/oder das akute Koronarsyndrom. ⁷In 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

¹Unabhängig 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.

²Es 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)

¹ACE-Hemmer sind grundsätzlich bei allen KHK-Patientinnen und -Patienten in der frühen Postinfarktphase (4 bis 6 Wochen) indiziert. ²Sie 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. ³Im 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. ⁴AT1-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

¹Für 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. ²Dieser Nutzen ist insbesondere bei Risikokonstellationen wie Diabetes mellitus oder arterieller Hypertonie überdurchschnittlich hoch.

1.5.2.2 Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris

1.5.2.2.1 Betarezeptorenblocker

¹Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK werden primär Betarezeptorenblocker – gegebenenfalls in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten unter Beachtung der Kontraindikationen – empfohlen. ²Sie 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

¹Zur Behandlung eines Angina-pectoris-Anfalls sind schnellwirkende Nitrate das Mittel der ersten Wahl.

²Langwirksame 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

¹Gemeinsam 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.

²Die 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. ³Die 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 neu aufgetretenen Symptomen einer Herzinsuffizienz.

1.5.3.2 Interventionelle und operative Koronarrevaskularisation

¹Vorrangig 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. ²Dabei 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.

³Vor der Durchführung von invasiven Therapiemaßnahmen ist eine individuelle Nutzen-Risikoabwägung durchzuführen. ⁴Insbesondere ist die hämodynamische und funktionelle Relevanz der festgestellten Gefäßveränderungen zu prüfen.

⁵Die 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

¹Die 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. ²Sie ist Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von KHK-Patientinnen und -Patienten. ³Die Zielvereinbarungen zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient sollen Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten, berücksichtigen.

⁴Dimensionen 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 Selbstständigkeit.

⁵Die Rehabilitation als Gesamtkonzept umfasst (nach WHO und in Anlehnung an SIGN 2002):

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

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

¹Die Betreuung der chronischen KHK-Patientinnen und -Patienten erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant und stationär) und Einrichtungen. ²Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.7.1 Hausärztliche Versorgung

¹Die 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.

²In 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. ³Dies 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. ⁴Die 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

¹Die 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.

²Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

¹Indikationen zur stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK in einer qualifizierten stationären Einrichtung sind insbesondere:

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

²Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Einweisung zur stationären Behandlung zu erwägen bei Patientinnen und Patienten, bei denen eine invasive Diagnostik und Therapie indiziert ist.

³Im 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:

1. nach akutem Koronarsyndrom,
2. nach koronarer Revaskularisation,
3. 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,
4. 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)

¹Die Ausführungen zu § 2 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

²Gemäß § 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	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	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. ²Nur 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).

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

¹Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

²Im 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)

Für die Evaluation nach § 6 Abs. 2 Ziffer 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- a. Tod,
- b. Herzinfarkt,
- c. Schlaganfall,
- d. Angina pectoris,
- e. erstmaliges Auftreten einer Herzinsuffizienz,
- f. Raucherquote allgemein,
- g. Raucherquote im Kollektiv der Raucher,
- h. Blutdruck bei Patienten mit Hypertonie,
- i. Medikation: Einhaltung der Anforderungen gemäß Ziffer 1.5.2.

Anlage 4

Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbwue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V bei koronarer Herzkrankheit auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der KV Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg, dem BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg, der KNAPPSCHAFT, der IKK classic sowie den durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) vertretenen Krankenkassen (Vereinbarung DMP KHK)

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- ☐ sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
☐ einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- ☐ sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

KVBW Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg GB QS/VM DMP KHK April 2018

www.kvbawue.de

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen:

1. Teilnahme als DMP- Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Vereinbarung DMP KHK

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:

(Nachweise sind entsprechend beizufügen, sofern sie der KVBW nicht vorliegen)

☐ Hausarzt nach § 73 Abs. 1a SGB V (Zulassung als Allgemeinarzt, Praktischer Arzt, Arzt, hausärztlich tätiger Internist)

Organisatorische/Apparative Voraussetzungen

- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- Mehrkanal-EKG mit 12 Ableitungen
- Belastungs-EKG in Eigenleistung oder als Auftragsleistung unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie¹
- Laborchemische Untersuchungen im Eigen- oder Fremdlabor, nachgewiesen durch ein Ringversuchszertifikat

2. Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Arzt gemäß § 5 Abs. 2 der o.g. Vereinbarung

☐ nicht invasiv
Voraussetzungen unter I.

☐ invasiv
Voraussetzungen unter II.

I. Voraussetzungen nicht invasiv tätiger kardiologisch qualifizierter Arzt:

☐ Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“ (gem. Anlage 2, fachliche Voraussetzungen Buchstabe a) der Vereinbarung DMP KHK)

oder

☐ Facharzt für Innere Medizin mit der Genehmigung zur Durchführung von echokardiographischen Leistungen nach dem B-/M-Mode-Verfahren, Doppler-Echokardiographie und Belastungs-Echokardiographie (gem. Anlage 2, fachliche Voraussetzungen Buchstabe b) der Vereinbarung DMP KHK)

oder

☐ Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und mit Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel Kardiologie (Abschnitt 13.3.5) des EBM aufgrund der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V (gem. Anlage 2, fachliche Voraussetzungen Buchstabe c) der Vereinbarung DMP KHK).

¹ Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung in: Zeitschrift für Kardiologie, Band 89: 821-837 (2000)

II. Voraussetzung invasiv tätiger kardiologisch qualifizierter Arzt:

- ☐ Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“

Zusätzlich erforderlich:

- Genehmigung zur Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen)

3. Ausnahmefall für den kardiologisch qualifizierten Arzt (Voraussetzung unter Ziffer 2 werden erfüllt) gemäß § 3 Abs. 3 der o. g. Vereinbarung

- ☐ Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Arzt mit der Option, in Ausnahmefällen DMP- Arzt der o. g. Vereinbarung zu sein. Ausnahmefälle sind dann gegeben, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung dauerhaft betreut wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Organisatorische/Apparative Voraussetzungen (nicht invasiv)

- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- Qualitätsgesicherte EKG- und Langzeit-EKG-Durchführung
- Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie¹
- Echokardiographie unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Ausstattung gemäß der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie und dem Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Echokardiographie² gegenüber der KV Baden-Württemberg (für Ärzte mit den fachlichen Voraussetzungen gem. Buchstabe a) und c) der Anlage 2 der Vereinbarung DMP KHK ggf. als Auftragsleistung)
- Laborchemische Untersuchungen im Eigen- oder Fremdlabor, das ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann
- Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax ggf. als Auftragsleistung
- Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierbaren Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)³, sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, ist die Genehmigung der KV Baden-Württemberg erforderlich.

Organisatorische/Apparative Voraussetzungen (invasiv)

- Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierbaren Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)³, sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, ist die Genehmigung der KV Baden-Württemberg erforderlich.

¹ Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung in: Zeitschrift für Kardiologie, Band 89: 821-837 (2000)

² Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung in: Zeitschrift für Kardiologie, Band 86: 387-403 (1997)

³ Gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2. SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers“ (Qualitätsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle) vom 01.04.06

3. Durchführung von Schulungen im Rahmen des DMP KHK gemäß § 25 in Verbindung mit Anlage 12 der o. g. Vereinbarung

Nachweise sind sowohl vom Arzt als auch vom nichtärztlichen Personal entsprechend beizufügen.

- ☐ Strukturiertes Hypertonie- und Schulungsprogramm (HBSP)
- ☐ Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (ZI)
- ☐ Modulare Hochdruckschulung IPM
- ☐ Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)

A. Fortbildungen

Für die Teilnahme als DMP- Arzt bzw. als kardiologisch qualifizierter Arzt besteht die Verpflichtung, im Rahmen des DMP KHK an Fortbildungen teilzunehmen:

- mindestens einmal jährlich Nachweis über die Teilnahme an einer KHK-spezifischen Fortbildung, die von der Landesärztekammer Baden-Württemberg anerkannt ist (z.B. durch Qualitätszirkel)

B. Erklärungen / Beauftragungen / Aufgaben

B.1 Kenntnisnahme Praxismanual

Das Praxismanual finden Sie auf unserer Homepage (www.kvbawue.de) unter:
www.kvbawue.de → Praxis → Qualitätssicherung → Genehmigungspflichtige Leistungen → DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

Mit der Teilnahme an der Vereinbarung des DMP KHK nehmen Sie auch die Inhalte des Praxismanuals zur Kenntnis.

B.2 Beauftragung Datenannahme- und -verarbeitungsstelle

Mit Ihrer Unterschrift auf dem Antrag genehmigen Sie die mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle geschlossenen Verträge zur Erfüllung der in § 28 Abs. 4 genannten Aufgaben.

B.3 Zu den Aufgaben des DMP- Arztes gehören insbesondere:

- Beachtung der in § 13 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß der Anlage 3 der Vereinbarung
- Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen der Versicherten gemäß § 20 der o.g. Vereinbarung
- Führen der Dokumentation, elektronische Erstellung und monatliche Übermittlung (bis zu 5. des Folgemonats) der Erst- und Folgedokumentation an die Datenannahmestelle
- Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 der o.g. Vereinbarung,
- Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, sofern eine Qualifikation nachgewiesen wurde
- Überweisung zur Auftragsleistung andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 2 (unter Berücksichtigung der Versorgungsinhalte nach Anlage 3 der o.g. Vereinbarung)
- Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7, unter Berücksichtigung der Versorgungsinhalte nach Anlage 3, der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen.
- Übermittlung bzw. Anforderung therapierelevanter Informationen bei Überweisungen/Einweisungen, wie z.B. die medikamentöse Therapie

- Übermittlung aller Patientendaten nach Anforderung und nach Zustimmung des Patienten an den neuen DMP- Arzt bei einem Wechsel des DMP- Arztes
- bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.
- Zusammenarbeit mit kardiologisch qualifizierten Fachärzten (gemäß § 5 der o.g. Vereinbarung) in der Region und Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus (gemäß § 7 der o.g. Vereinbarung)
- Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der jeweiligen Krankenkasse und Motivation der Versicherten diese wahrzunehmen.
- die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP- Fallnummer nach Wahl des DMP-Arzt für jeden Versicherten (max. sieben Zeichen). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentation, Verschlüsselung der Dokumentationen vor der Übermittlung mit einem von der KBV zertifizierten Programm, Verpflichtung des DMP-Arzt die Software gem. des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die oben unter B.3 aufgeführten Punkte entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 bzw. Anlage 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

B.4 Zu den Aufgaben des kardiologisch qualifizierten Arztes gehören insbesondere:

- Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 13 geregelten Versorgungsinhalte; die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung,
- Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 der o.g. Vereinbarung
- Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, sofern eine Qualifikation nachgewiesen wurde
- Soweit erforderlich: Überweisung – nach pflichtgemäßem Ermessen - an andere Fachärzte entsprechend der Anlage 2 (unter Berücksichtigung der Versorgungsinhalte nach Anlage 3 der o.g. Vereinbarung)
- Übermittlung therapierelevanter Informationen an den DMP- Arzt, zur rechtzeitigen Erstellung der erforderlichen Dokumentationen, bei Rücküberweisung zusätzlich unter Berücksichtigung der in der Anlage 13 genannten Inhalte.
- Einweisung zur stationären Behandlung in das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus gemäß § 7 unter Berücksichtigung der Versorgungsinhalte nach Anlage 3, der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur, Information an den DMP- Arzt; Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen (unabhängig von § 7)
- bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX. neu aufgenommen
- Übermittlung bzw. Anforderung therapierelevanter Informationen bei Überweisungen/Einweisungen, wie z.B. die medikamentöse Therapie
- Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus nach § 7 dieser Vereinbarung.
- Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der jeweiligen Krankenkasse und Motivation der Versicherten diese wahrzunehmen
- grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung (Moderation) an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln,

- Teilnahme an einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA¹ in der jeweils geltenden Fassung.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die oben unter B.4 aufgeführten Punkte entsprechend.

B.5 Zu den Aufgaben des anstellenden Arztes gehören insbesondere:

- Angestellten Ärzten, die in der/den Betriebsstätte(n) Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die Informationen zum DMP zukommen zu lassen,
- sicherzustellen, dass die angestellten Ärzte gleichermaßen die Verpflichtungen zur ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht, sowie zur Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten, der Datensicherheit und Weitergabe der Patientendaten an Dritte, erfüllen,
- die Erbringung des Nachweises gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, dass die angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen,
- die unverzügliche, schriftliche Information der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Falle der Beendigung eines Angestelltenverhältnisses.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren.

Anlage 5

Leistungserbringerverzeichnis

Leistungserbringerverzeichnis

zu der am 01.04.2018 in Kraft getretenen Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Koronare Herzkrankheit (KHK) nach § 137 f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg

Vorlage zur Erstellung des Verzeichnisses am DMP KHK teilnehmender Ärzte durch die KV Baden-Württemberg

Leistungserbringerverzeichnis KHK (ambulanter Sektor)

Versorgungsoptionen (Nur Einfachnennung möglich)

A = Hausarzt (1. Ebene)

B = Fachärzte, nicht-invasiv tätig (2.Ebene)

C = Facharzt, invasiv und ggf. nicht-invasiv tätig (2. Ebene)

D = Ambulant versorgende Krankenhäuser nach § 116b SGB V (2. Ebene)

Schulungsberechtigung (Mehrfachnennungen möglich)

1 = Diabetes mellitus Typ 2 ohne Insulin

2 = Diabetes mellitus Typ 2 Medias 2 ohne Insulin

3 = Diabetes mellitus Typ 2 mit Normalinsulin

4 = Diabetes mellitus Typ 2 mit intensivierter Insulintherapie

5 = Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm

6 = Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

7 = Modulare Bluthochdruckschulung IPM

8 = Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)

LANR	BSNR/ NBSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Haus- nummer	PLZ	Ort	Kreis	Telefon- nummer	DMP- verantw. Arzt	Versorgungs- ebene	Beginn der Teil- nahme	Ende der Teilnahme	Schulungs- berechtigung

Hinweise:

Im Verzeichnis sind DMP-verantwortliche Ärzte durch Ankreuzen in der Spalte „DMP-verantwortliche Ärzte“ zu markieren.

Anlage 6

Qualitätssicherung

QUALITÄTSSICHERUNG KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK) 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	Anteil der Teilnehmer mit RR systolisch ≤ 139 mmHg und diastolisch ≤ 89 mmHg bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> $\geq 60\%$ <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	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch ≤ 139 und diastolisch ≤ 89 mmHg <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
II. Niedriger Anteil von rauchenden Teilnehmern	a) Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmer <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt b) Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben <u>Zielwert:</u>	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 16 (AD)	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 mindestens eine Folgedokumentation vorliegt <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 <u>Thrombozytenaggregationshemmer</u> 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> $\geq 80\%$ 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	a) Anteil der Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie. <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt 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. <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	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 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ 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 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Diabetes mellitus“	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- <u>pectoris</u> -Beschwerden	Anteil von Teilnehmer ohne Angina-<u>pectoris</u>-Beschwerden bezogen auf alle Teilnehmer. Zielwert: Nicht festgelegt Zusätzlich Darstellung der Verteilung der Teilnehmer mit Angina-<u>pectoris</u>-Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina <u>pectoris</u>) = „Nein“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina <u>pectoris</u>) a) = „CCS 1“ b) = „CCS 2“ c) = „CCS 3“ d) = „CCS 4“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer	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 <u>hypertensiver</u> Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) > 139mmHg syst. oder > 89 <u>mmHg diast.</u> 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
IV. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 12 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung und/oder	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
			Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	Schulungen; maximal einmal pro Jahr

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

Anlage 7

Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung:

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
Status	
Krankenkassen-Nr.	Art-Nr.
Institution	

Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

☐ Diabetes mellitus Typ 1

☐ Diabetes mellitus Typ 2

oder

☐ Koronare Herzkrankheit

oder

☐ Asthma

oder

☐ COPD

07084

Krankenhaus-OK

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

Indikationsspezifische Teilnahme- und Einwilligungserklärung:

Krankenkasse bzw. Koordinierer		
Name, Vorname des Versicherten		
gab. am		
Koordinierung	Versicherten-Nr.	Status
Eintragsdatum	Art-Nr.	Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

030CH

Krankenhaus-IK

Teil-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Teil-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.

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 Einschlusskriterien 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.

Unterschrift

Stempel Arzt

Anlage 8

Datenschutzinformation

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 Hausärzteverband) 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.

Anlage 9

Patientenmerkblatt

„Patienteninformation – indikationsspezifische“

Anlage – Patienteninformation –
zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit
nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen

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.

KH
H-0201
10/2014

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.

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 dem 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
Vermeidung von - 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) Senkung Ihres Schlaganfall- und Herzinfarktrisikos	Senkung des Risikos eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden Erhaltung Ihrer Belastungsfähigkeit.	Vermeidung/Reduktion von - 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 Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität Reduktion der Sterblichkeit	Vermeidung/Reduktion von - 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 bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen Reduktion der Sterblichkeit

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
- 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	- 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).	Medikamente zur Dauertherapie: - Glukokortikosteroide (zum Inhalieren) - lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren) im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): - schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ) - kurz wirksame Anticholinergika (5-17-Jährige)	Medikamente zur Dauertherapie vorwiegend: - lang wirksame Anticholinergika - lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika - Kombination lang wirksamer Anticholinergika und lang wirksamer Beta-2-Sympathomimetika im Bedarfsfall zusätzlich Medikamente der Bedarfstherapie (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind): - 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 über-

nimmt 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 Krankenkassen 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 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.

Anlage 10a

Indikationsübergreifende Dokumentationsdaten

Anlage 2 der DMP-A-RL

Anlage 2 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	(weggefallen) ^{1) 2)}	
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich/Unbestimmt
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⁾ (weggefallen)

²⁾ (weggefallen)

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

Anlage 10b

Indikationsspezifische Dokumentationsdaten KHK

Anlage 6 der DMP-A-RL

Anlage 6 Koronare Herzkrankheit - Dokumentation

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	(weggefallen) ¹⁾⁻²⁾⁻	
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⁾	Koronarangiographie/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	(weggefallen) ²⁾	

¹⁾ (weggefallen)

²⁾ (weggefallen)

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.

Anlage II

Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz

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

Quartalsweise Dokumentation	Dokumentation jedes zweite Quartal
• Patienten mit Erstdiagnose Koronare Herzkrankheit innerhalb des letzten Halbjahres • Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit und mindestens einer der folgenden Begleit- bzw. Folgeerkrankung: ➢ medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie > 140 mm Hg systolisch oder > 90 mmHg diastolisch ➢ KHK- spezifische medikamentöse Neueinstellung während der letzten 6 Monate ➢ Blutzucker mit HbA_{1c}- Werten nicht im Zielbereich oder mit schweren Unterzuckerungen (bei Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 1 oder 2) ➢ Z.n. Myokardinfarkt während der letzten 12 Monate ➢ Herzrhythmusstörungen (insbesondere symptomatische Rhythmusstörungen)	• Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit ohne neue Folge- und Begleiterkrankungen und seither beschwerdefrei • Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit und insbesondere folgender/n Folge- und Begleiterkrankung(en): ➢ arterieller Hypertonie systolisch ≤ 140 mm Hg und diastolisch ≤ 90 mmHg - und/ oder ➢ Blutzucker mit HbA_{1c}- Werten im Zielbereich ohne schwere Unterzuckerungen (bei Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 1 oder 2)

Anlage 12

Patientenschulung

Patientenschulungen nach § 25 DMP-Vereinbarung

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen:

1. Versicherte mit essentieller Hypertonie

1.1. Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

(Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P. ZaeFQ 95; 349-355)

1.2. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

(Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V. Structured patient education for outpatients with hypertension: a model project in Germany. J Human Hypertension (1997) 11, 501-506)

1.3. Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM

(Danzer-E, Gallert-K, Friedrich-A, Fleischmann-EH, Walter-H, Schmieder-RE: Ergebnisse der intensiv-Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. Deutsche Medizinische Wochenschrift 125 (2000)).

2. Versicherte mit oraler Gerinnungshemmung

SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)

(Sawicki PT., Bernardo A., Seimel M., Kleespies C., Didjurgeit U. JAMA, January 13, 1999, Vol 281)

Strukturqualität Schulungsarzt

Die Qualifikation des Arztes und des nicht-ärztlichen Personals ergibt sich aus den Curricula der einzelnen Schulungen. Die Genehmigung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg.

In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden. § 25 Abs. 4 dieser Vereinbarung ist zu beachten.

Anlage 13

Strukturierter Arztbrief

Patient: Untersuchung am Untersucher: Klinik: AP Symptomatik (CCS) ☐ typisch ☐ Grad I ☐ Grad II ☐ Grad III ☐ Grad IV ☐ untypisch ☐ keine Dyspnoe: ☐ ja ☐ nein KHK-Anamnese: Infarkt: ☐ ja ☐ nein Coronarographie ☐ ja ☐ nein Coronarintervention: ☐ keine ☐ Bypass Jahr ☐ PTCA/Stent Jahr Risikofaktoren: ☐ Familiäre Belastung ☐ Arterielle Hypertonie ☐ Diabetes mellitus ☐ Fettstoffwechselstörung ☐ Nikotin ☐ Bewegungsmangel Aktuelle Medikation: ☐ Betablocker ☐ Thrombozytenaggregationshemmer ☐ Antianginosa ☐ ACE-Hemmer/AT1-Blocker ☐ Statin ☐ Sonstige Lipidsenker ☐ Kalzium-Antagonisten ☐ Antikoagulantien ☐ Andere Diagnostik: ERGO ☐ normal ☐ nicht möglich ☐ pathologisch ST-Senkungmm AP ☐ ja ☐ nein Luftnot ☐ ja ☐ nein Rhythmusstörungen ☐ ja ☐ nein Echokardiographie ☐ normal ☐ pathologisch ☐ nicht durchgeführt <u>Weitere Diagnostik:</u> ☐ Stress-Echo ☐ Myokardszintigraphie ☐ Coronarographie ☐ sofort ☐ elektiv Therapieempfehlung: ☐ Coronarsport (max. HF:) ☐ Medikamentös (siehe Brief) Schulung: ☐ Diabetes ☐ Hypertonie ☐ Herz-Kreislauf ☐ Ernährung ☐ Nikotinentwöhnung ☐ Anti-Stress ☐ INR	DMP Koronare Herzkrankheit Ergänzender Arztbrief vom kardiologisch qualifizierten Facharzt an den DMP- Arzt
--	--

Datum und Unterschrift

Arztstempel