

VERTRAG

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse dem BKK-Landesverband NORDWEST

- handelnd für die Betriebskrankenkassen -

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der Knappschaft

den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Nordrhein

- **Techniker Krankenkasse (TK)**

- **BARMER GEK**

- **DAK-Gesundheit**

- **Kaufmännische Krankenkasse KKH**

- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

- **Handelskrankenkasse (hkk)**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung

Nordrhein-Westfalen

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

über ein

strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs (koordinierender Arzt)

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungsbereichs

§ 4a Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

§ 5 Teilnahmeerklärung

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

§ 8 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren für die Qualitätssicherung

§ 11a Förderung der Wirtschaftlichkeit

§ 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzung

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

§ 14 Information und Einschreibung

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme

§ 17 Wechsel des koordinierenden Arztes

§ 18 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Schulungen

§ 19 Leistungserbringer

§ 20 Versicherte

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

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

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

§ 26 Datenfluss

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X – Evaluation

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vergütung und Abrechnung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 35 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

§ 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 37 Laufzeit und Kündigung

§ 38 Schriftform

§ 39 Salvatorische Klausel

Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2
- Anlage 2 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 4
- Anlage 3 nicht belegt
- Anlage 4 Strukturqualität für weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)
- Anlage 5a Teilnahmeerklärung Leistungserbringer
- Anlage 5b Ergänzungserklärung Leistungserbringer
- Anlage 6 Versorgungsinhalte Koronare Herzkrankheit (Anlage 5 der DMP-A-RL)
- Anlage 6a Versorgungsinhalte Modul Herzinsuffizienz (Anlage 5a RSAV in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung)
- Anlage 7 Dokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL
- Anlage 8 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte, Datenschutzinformation Versicherte, Patienteninformation
- Anlage 9 Qualitätssicherung
- Anlage 10 Leistungserbringerverzeichnis (ambulanter Sektor)
- Anlage 10a Verzeichnis teilnehmender Krankenhäuser
- Anlage 11 Patientenschulung

Erläuterungen

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag
- „Angestellte Ärzte“ sind angestellte Ärztinnen und Ärzte
- Angestellte Ärzte in Vertragsarztpraxen und in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihres Status teil; sie haben die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Pflichten zu beachten, auch wenn sie nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind
- „anstellender Arzt“ können auch mehrere Vertragsärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30
- „BVA“ ist das Bundesversicherungsamt
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21
- „DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie
- „DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „Dokumentationsdaten Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten
- „EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32
- „GKV“ ist die Gesetzliche Krankenversicherung
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 3 Abs. 2

- „Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4a
- „Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände
- „KV Nordrhein“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- „Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen i. S. d. §§ 3, 4 und 4a sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „Patient“ sind weibliche und männliche Patienten
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
- „VDR“ ist der Verband deutscher Rentenversicherungsträger
- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte
- „Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen

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

Präambel

Herzkrankheiten mit Minderdurchblutung der Koronargefäße sind die häufigste Todesursache in den westlichen Industrieländern. Beeinflussbare Ursachen der Koronaren Herzkrankheit (KHK) liegen in bestimmten häufigen Eigenschaften der Lebensform wie Fehlernährung, Übergewicht, Rauchen und mangelnder körperlicher Betätigung. Die KHK gilt gleichzeitig als schwerwiegende Folgekrankheit der Stoffwechselstörung des Diabetes mellitus bei nicht adäquater Behandlung. Neben dem Bluthochdruck ist die koronare Herzkrankheit die Hauptursache der chronischen Herzinsuffizienz. Diesem Umstand wird mit der Integration eines Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK in diesem Vertrag Rechnung getragen.

Im Rahmen dieses Vertrages werden Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit KHK einschließlich der Schnittstellen innerhalb der ärztlichen Versorgungskette und zu der versichernden Krankenkasse definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten angepasste Versorgung zu gewährleisten.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V ist zu beachten. Es ist vorrangiges Ziel der Vereinbarung, die Versorgung zu optimieren sowie eine insgesamt ausgabenneutrale Implementierung strukturierter Behandlungsprogramme zu ermöglichen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL geändert durch Beschluss vom 19.06.2014 in Kraft getreten am 19.09.2014. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV sowie in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Die Regelungen für die Indikation KHK sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 5, der DMP-AF-RL sowie in der RSAV festgelegt. Die medizinischen Anforderungen für das Modul

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

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages

(1) Ziele dieses Vertrages sind:

1. Sicherung und Verbesserung der Qualität der Langzeitversorgung der Patienten mit KHK (mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz) durch einen strukturierten kontinuierlichen Behandlungsverlauf,
2. Verbesserung der Symptomatik und Lebensqualität der betroffenen Patienten insbesondere durch individuelle systematische Betreuung, Information und Schulung sowie
3. den Patienten durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen anzuregen, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die unter Absatz 2 genannten Ziele zu erreichen.

(2) Die Ziele und Anforderungen an dieses Behandlungsprogramm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL sowie der RSAV festgelegt. Entsprechend Anlage 5 Ziffer 1.3 der DMP-A-RL bzw. Anlage 5a Ziffer 1.3 der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) streben die Vertragspartner folgende Ziele an:

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

§ 2 Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für

1. Vertragsärzte in der Region der KV Nordrhein, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung von der KV Nordrhein erhalten haben,
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V einge-

schrieben haben, sofern sich die Krankenkasse des Versicherten vorab diesen Vertrag gegen sich gelten lässt oder die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die Vergütungen gemäß § 34 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (2) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (4) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV, die DMP-AF-RL sowie die DMP-A-RL. Näheres hierzu regelt § 37 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Ziffern 1, 2 und 3 in den Anlagen 5 der DMP-A-RL und 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL.
- (56) Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt nach dem Gesetz nicht am Risikostrukturausgleich teil (§ 266 Abs. 9 SGB V / § 1 Abs. 3 RSAV).

Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungsbereich sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 1* erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen, in denen eine Versorgung nach Abs. 2 nicht durchführbar ist, kann ein Patient mit Koronarer Herzkrankheit (mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz) einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teil-

nimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn seine/ihre besondere Qualifikation für die Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

- (4) Teilnahmeberechtigt nach Abs. 3 sind demnach Internisten, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 2* persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.
- (5) Soweit eine Versorgung nach den Abs. 2 bis 3 nicht ausreicht, kann eine Einrichtung, die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, die die Strukturqualität nach Abs. 2 erfüllt und an dem Programm teilnimmt, durch einen Patienten entsprechend Abs. 3 gewählt werden.
- (6) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (7) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Vertragsarzt unverzüglich mit Hilfe des in der *Anlage 5b* beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) mitgeteilt.
- (8) Zu den Pflichten der nach den Abs. 2 bis 5 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gehören insbesondere
 1. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011),
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Erst- und Folgedokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
 3. bei der Behandlung von Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen,
 - a) die Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
 - b) die Berücksichtigung von Wechselwirkungen in der Behandlung,
 - c) die Synchronisierung der jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen Dokumentationszeiträume,
4. die vollständige Erstellung plausibler Dokumentationen entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL; soweit diese nicht ausreichend bzw. nicht plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender bzw. Korrektur unplausibler Parameter auf Anforderung,
5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen,
7. die Beachtung der Überweisungsregeln entsprechend Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011). Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen, z. B. zur Einbeziehung eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten zur Durchführung supportiver psychotherapeutischer Interventionen, z. B. Krisenintervention und/oder psychoedukative Maßnahmen, über eine Überweisung,
8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - a) diagnostik- und therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - b) von diesen Leistungserbringern diagnostik- und therapierelevante Informationen einzufordern,
 - c) auf dem Überweisungsschein zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,
9. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus entsprechend der *Anlage 3* des Vertrages unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte in das DMP KHK eingeschrieben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
10. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL zu prüfen.
11. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-10 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV bzw. der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungsbereichs

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung sind Vertragsärzte, soweit sie persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach der *Anlage 2* zu diesem Vertrag erfüllen.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Vertragsarzt mit Hilfe des in der *Anlage 5b* beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:
 1. Die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist,
 4. die Überweisung per Auftragsleistung an andere Leistungserbringer entsprechend *Anlage 4* gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011). Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 5. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - a) diagnostik- und therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - b) von diesen Leistungserbringern diagnostik- und therapierelevante Informationen einzufordern,
 6. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 sind therapierelevante Infor-

mationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln. Die Vertragspartner empfehlen folgende Regelung: Die Rücküberweisung soll in der Regel innerhalb von zwei Monaten nach erstem Versichertenkontakt, spätestens nach Ablauf von vier Monaten, erfolgen. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt nach § 3 je Behandlungsfall therapierelevante Informationen je Quartal zu übermitteln,

7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus entsprechend der *Anlage 3* unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen, den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP KHK eingeschrieben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL zu prüfen.
9. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-8 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV bzw. der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4a

Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK/Chronische Herzinsuffizienz vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser werden in diesen Verträgen verpflichtet, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen und die Patienten gemäß den medizinischen Vorgaben der RSAV bzw. der DMP-A-RL zu behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.
- (2) Die Krankenkassen binden mindestens eine Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten vertraglich ein. Die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen werden verpflichtet, die medizinischen Grundlagen der RSAV bzw. der DMP-A-RL zu beachten und die fachliche Qualifikation sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren (des VDR bzw. der GKV) nachzuweisen. Die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

§ 5 Teilnahmeerklärung

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder als Facharzt nach § 4 gegenüber der KV Nordrhein schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der *Anlage 5a „Teilnahmeerklärung Leistungserbringer“* zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Vertragsarztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes neben den administrativen Daten des anstellenden Vertragsarztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der *Anlage 5b* beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Nordrhein kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Mit der Antragstellung legt der Vertragsarzt dar, dass er persönlich oder durch angestellte Ärzte die Qualitätsanforderungen gemäß *Anlage 1* bzw. *Anlage 2* des Vertrages erfüllt.
- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (3) Er genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den von der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme GbR ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle nach § 21 geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Vertragsarzt die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die KV Nordrhein erteilt den gemäß § 3 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten und den gemäß § 4 an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese persönlich oder durch angestellte Ärzte die in *Anlage 1* bzw. *Anlage 2* des Vertrages genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Sie überprüft jährlich, ob die Strukturvoraussetzungen noch vorliegen und erstattet der Gemeinsamen Einrichtung hierüber Bericht.

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Genehmigung zur Teilnahme durch die KV Nordrhein, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß *Anlage 5a „Teilnahmeerklärung Leistungserbringer“*.
- (2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die KV Nordrhein informiert die Krankenkassen über das Ausscheiden eines Vertragsarztes.
- (4) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Nordrhein.
- (6) Die Teilnahme am Programm endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung, z. B. Patientenschulungen, des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der *Anlage 5b* beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer).
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der *Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“* näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei den teilnehmenden Vertragsärzten angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KV Nordrhein stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen, der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 und der KGNW in elektronischer Form, z. B. als Excel-Datei, entsprechend *Anlage 10* des Vertrages wöchentlich zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 4 a teilnehmenden Krankenhäuser (*Anlage 10a*). Dieses Verzeichnis stellen Sie den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten über die KV Nordrhein und der Gemeinsamen Einrichtung und der KGNW mit jeder Änderung zur Verfügung. Die Verantwortung für das Führen dieses Verzeichnisses obliegt der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen.
- (3) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 3 stellen die Krankenkassen dem BVA beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle fünf Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Die Verzeichnisse der teilnehmenden Leistungserbringer werden außerdem folgenden Personenkreisen bzw. Einrichtungen zur Verfügung gestellt:
 1. Den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten durch die KV Nordrhein und den am DMP teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW,
 2. bei Bedarf den teilnahmewilligen bzw. teilnehmenden Versicherten durch die Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung, und
 3. der Datenstelle nach § 21 durch die KV Nordrhein (ambulanter Sektor).
- (5) Diese Verzeichnisse können mit Zustimmung der Leistungserbringer veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung erteilt.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit

- (1) Die Medizinischen Anforderungen sind in den *Anlagen 6 und 6a* definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlagen entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach Ziffer 1 der Anlagen 5 der DMP-A-RL bzw. 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011). Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der Anlagen 5 der DMP-A-RL bzw. 5a der RSAV (Fas-

sung bis 31.12.2011) unverzüglich über die unmittelbar nach Satz 1 eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten. Die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die teilnehmenden Vertragsärzte an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen für KHK teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandeln und beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Vertragsärzte Versicherte wegen KHK aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in *Anlage 9* des Vertrages genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 5 der DMP-A-RL und 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011 (einschließlich Therapieempfehlungen)),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gem. Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011),
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den *Anlagen 1 – 4* des Vertrages,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren für die Qualitätssicherung

- (1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlagen 5 der DMP-A-RL bzw. 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß *Anlage 9* des Vertrages zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören gemäß § 2 der Anlagen 5 der DMP-A-RL bzw. Ziffer 2 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) insbesondere

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer.
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann darüber hinaus ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein.
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in *Anlage 9* des Vertrages fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KV Nordrhein ergeben.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 9 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11a

Förderung der Wirtschaftlichkeit

- (1) Mit diesem Vertrag soll neben der Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit KHK mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz durch die Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Vertragsärzten auch Einfluss genommen werden auf ihre wirtschaftliche Versorgung mit Medikamenten.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln gemeinsam, unter Beachtung der medizinischen Inhalte der *Anlagen 6/6a* des Vertrages, eine Versorgungskonzeption, die für die teilnehmenden Vertragsärzte bindend ist. Bei Nichtbeachten entscheiden die Vertragspartner nach Anhörung des Arztes gemeinsam über geeignete Maßnahmen unter Berücksichtigung von § 12 dieses Vertrages.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, ihre Patienten auf wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeiten sowie auf die nach den *Anlagen 6/6a* des Vertrages vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe bei KHK/Chronischer Herzinsuffizienz hinzuweisen und dabei eng mit der KV Nordrhein und den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

§ 12

Maßnahmen bei Vertragsverletzung

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen wirksame Maßnahmen, wenn die mit der Durchfüh-

rung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Vertragsärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.

- (2) Verstößt der Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
1. Keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verspätete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
 2. schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 3. auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Nordrhein. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
 4. hält der Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KV Nordrhein im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).
- (3) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der beteiligten Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 5 Ziffern 1.2 und 3.2 der DMP-A-RL,
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
 3. die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse 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, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV, der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Angesichts dieser Möglichkeit, an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen zu können, werden die Vertragspartner darauf hinwirken, die hausärztliche Betreuung bei einem koordinierenden Arzt zusammenzuführen.
- (4) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können am Modul Herzinsuffizienz teilnehmen, wenn sie die in Ziffer 3 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) genannten Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe erfüllen und wenn und solange sie am strukturierten Behandlungsprogramm für KHK nach den jeweils geltenden Bestimmungen der RSAV bzw. der DMP-A-RL teilnehmen.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die *Anlage 8* des Vertrages (Patienteninformation), umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Der koordinierende Arzt gemäß § 3 informiert entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL seine nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben. Der koordinierende Arzt informiert zudem über die Möglichkeit der Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz. Die Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme am Modul Herzinsuffizienz hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP KHK. Der Arzt stellt die Teilnahmevoraussetzungen fest und dokumentiert die Teilnahmeentscheidung des Patienten. Eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht erforderlich.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Unterschrift des behandelnden koordinierenden Arztes,

2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose gesichert und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist.

- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.
- (5) Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse die Teilnahme am Behandlungsprogramm erklären. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Wenn der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt sie dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV, der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollten sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherstellen zu können. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (8) Wechselt ein am DMP teilnehmender Versicherter die Krankenkasse und möchte weiterhin am Programm teilnehmen, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (*vgl. Anlage 8*) erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach *Anlage 8* zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 7, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen oder seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 - a) der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung des DMP nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 - b) des Zugangs des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den Versicherten bei seiner Krankenkasse,
 - c) des Zugangs der Kündigung des Versicherten bei seiner Krankenkasse oder einem späteren Zeitpunkt, den der Versicherte in seiner Kündigung festlegt,
 - d) des Kassenwechsels.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL, wenn die Krankenkasse die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet.
- (5) Endet eine Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, hat dies keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP KHK.
- (6) Endet eine Teilnahme am DMP KHK, endet auch die Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz.
- (7) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die

gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI Schulungen

§ 19 Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KV Nordrhein informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer über Ziele, Inhalte und evidenzbasierte Grundlagen des DMP KHK. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer erhalten entsprechendes Informationsmaterial und bestätigen den Erhalt der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Anlage 5 Ziffer 3 der DMP-A-RL ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung (z. B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Leistungserbringer.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9, einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20 Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert anhand der *Anlage 8* ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

- (2) Jeder teilnehmende Versicherte hat grundsätzlich Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (siehe *Anlage 11*). Der koordinierende Arzt prüft unter der Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Schulung profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere auch bei der Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Leistungserbringer, die entsprechend der *Anlage 11* hierzu befähigt sind und eine Genehmigung zur Schulung von der KV Nordrhein erhalten haben. In die Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte der RSAV bzw. der DMP-A-RL, insbesondere betreffend die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der RSAV bzw. der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden. Der mit der Schulung beauftragte Leistungserbringer ist verpflichtet, auf die gemäß der *Anlage 6* vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen.
- (4) Die beteiligten Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 2. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 3. Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL (Erstdokumentation) unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 5. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL (Folgedokumentation) unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieses Vertrages sind.
- (6) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 (*Anlage 5a*) beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft,
 3. Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse.
- (7) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

Abschnitt VII

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

§ 21 Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle mit den in den Absätzen 2 bis 6 genannten Aufgaben.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß *Anlage 5a* im Hinblick auf die in Absatz 6 genannten Aufgaben den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Annahme/Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 2. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 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 und die KV Nordrhein.

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt.

Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt,
1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und

2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Tagen nach Erstellung auf elektronischem Weg an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose binnen 10 Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-“9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

- (2) Der teilnehmende Vertragsarzt kann versicherten- und leistungserbringerbezogene Daten entsprechend der DMP-A-RL nur an die beauftragte Datenstelle auf elektronischem Wege übermitteln, wenn er gegenüber der KV Nordrhein nachweist, dass die eingesetzte Software von der Kassenzentralen Bundesvereinigung in der jeweils anzuwendenden Plausibilitätsrichtlinie zertifiziert ist.
- (3) Die elektronische Übermittlung versicherten- und leistungserbringerbezogener Daten entsprechend der DMP-A-RL an die beauftragte Datenstelle ist nur möglich, wenn eine vorherige Genehmigung durch die KV Nordrhein ausgesprochen wurde. Diese Genehmigung erfolgt widerruflich und ist an den Einsatz der zertifizierten Software-Version gebunden. Sie gilt auch für Folgeversionen der gleichen Software, sofern diese von der Prüfstelle der Kassenzentralen Bundesvereinigung zertifiziert worden ist. Zusätzlich hat der teilnehmende Vertragsarzt gegenüber der KV Nordrhein zu bestätigen, dass ausschließlich die genehmigte Software-Version Anwendung gefunden hat.
- (4) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei elektronischer Übermittlung der versicherten- und leistungserbringerbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.
- (5) Der koordinierende Arzt sendet mindestens alle 14 Tage Datensätze an die Datenstelle. Die Datensätze sind vor dem Versand zu verschlüsseln. Die Datensätze können per Datenträger (ausgenommen Diskette) oder Datenfernübertragung bei der Datenstelle eingereicht werden. Beschädigte Datenträger und unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden. Die Datenstelle fordert in diesem Fall den Arzt zur Neulieferung der entsprechenden Daten auf.
- (6) Die Versicherten willigen durch ihre einmalige Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung in die regelmäßige Datenübermittlung ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL unterrichtet. Sie erhalten jeweils einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL 15 Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr und vernichtet sie nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten.

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

§ 26 Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL unmittelbar an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL unmittelbar an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV Nordrhein.

§ 27 Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KV Nordrhein und an die jeweiligen Datenzentren der beteiligten Kran-

kenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

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

Abschnitt IX Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme GbR nach § 219 SGB V um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Geschäftsversammlung geregelt.

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 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 dann an die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 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.

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach § 29 haben die Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR im Sinne des § 28 f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c

der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gegründet. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Geschäftsversammlung geregelt.

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 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 Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X – Evaluation

§ 33 Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137 f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt nach § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.
- (3) Dieser Abschnitt gilt nicht für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse.

Abschnitt XI Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vergütung und Abrechnung

Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen

§ 35 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

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

§ 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KV Nordrhein liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V, unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesschiedsamtes vom 28.02.03, quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 37 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.03.2016 in Kraft und löst den ab 01.07.2015 gültigen Vertrag ab.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der diese ersetz-

den oder ergänzenden Richtlinien des G-BA nach § 137 f Absatz 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.

- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Leistungserbringer und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (5) 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 der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Im Fall der Kündigung aus den in Satz 1 genannten Gründen verständigen sich die betroffenen Vertragspartner über eine Überführung dieses DMP in eine andere Vertragsform.
- (6) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des DMP zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit KHK sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

§ 38 Schriftform

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

§ 39 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen des Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 29.02.2016

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur. Bernhard Brautmeier
Vorsitzender Stellvertretender Vorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**
Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST
Ralf Heinser
Geschäftsbereichsleitung

IKK classic
Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

SVLFG
Frank Krenz

Knappschaft
Bettina am Orde
Geschäftsführerin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Dirk Ruiss
Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Anlage 1 – Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

1. Versorgungsstufe Strukturvoraussetzungen DMP – koordinierender Arzt

Teilnahmeberechtigt als DMP-koordinierender Arzt sind Vertragsärzte, die – persönlich oder durch angestellte Ärzte – gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen sowie die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Leistungserbringer der ersten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
1. Fachliche Voraussetzungen, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<ul style="list-style-type: none"> – Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Arzt für Praktische Medizin – Information durch Informationsmaterial¹ zu Beginn der Teilnahme – Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region – Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards

Leistungserbringer der ersten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
– Fortsetzung –	<ul style="list-style-type: none"> – Durchführung eines Belastungs-EKGs nach den Leitlinien zur Ergometrie^{2,3} – mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung mit einer Mindestdauer von 4 Stunden oder Teilnahme an einem KHK-spezifischen Qualitätszirkel mit einer Mindestdauer von 4 Stunden. <p>Für die Qualitätszirkel gilt Folgendes: Mindestens viermalige Teilnahme an Qualitätszirkeln für alle DMP pro Jahr, wobei auch KHK-spezifische Themen mindestens einmal im Jahr vermittelt werden.</p>
2. Apparative Voraussetzungen	<p>Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> – EKG – Belastungs-EKG³ – 24-Stunden Blutdruckmessgerät³ – Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung und der Fettstoffwechselwerte

¹ **Informationsvoraussetzungen**

- Das Informationsmaterial informiert insbesondere über folgende Inhalte:
- DMP-Charakteristika
 - Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Koronare Herzkrankheit (KHK)
 - Ziele des DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)
 - Teilnahmevoraussetzungen für Leistungserbringer
 - Aufgaben der teilnehmenden Leistungserbringer, u. a. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
 - Kooperation der Versorgungsebenen, u. a. Informationen über Indikationen zur Überweisung zum kardiologisch oder jeweils qualifizierten Facharzt/zur spezialisierten Einrichtung
 - Teilnahmevoraussetzungen für Patienten
 - Einschreibung
 - Dokumentation
 - Qualitätssicherung

² **Leitlinien zur Ergometrie**

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

³ **Auftragsleistung**

Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

Anlage 2 – Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

2. Versorgungsstufe Strukturvoraussetzungen der kardiologisch qualifizierten Versorgung

Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsstufe sind Leistungserbringer, die persönlich oder durch angestellte Ärzte die im Folgenden genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.

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

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
<p>1a. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/ qualifizierte Einrichtung konventionelle Kardiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Facharzt für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt Kardiologie als Teilnehmer an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V – Information durch das Informationsmaterial zu Beginn der Teilnahme – Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region – Zusammenarbeit mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung – Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Herzchirurgie gemäß Anlage 3 „Strukturvoraussetzungen Zentrum für Herzchirurgie“ – Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Einrichtung/ Schwerpunktpraxis für Nuklearmedizin – Zusammenarbeit / Kenntnisse über Koronarsportgruppen in der Region – mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden im Jahr <p style="text-align: center;"><i>und/oder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Teilnahme an KHK-spezifischem strukturierten Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region. Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr <p>Es gelten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie.</p>
<p>1b. Apparative Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/ qualifizierte Einrichtung konventionelle Kardiologie</p>	<p>Mindest-Anforderungen der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/ qualifizierten Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – farbkodierte Dopplerechokardiographie, Stressechokardiographie^{1,2} – EKG, Belastungs-EKG³, Langzeit-EKG – 24 Stunden-Blutdruckmessgerät – Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung) – Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis* der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle (EBM-Nr. 13552) gegenüber der KV Nordrhein • Abrechnungserlaubnis der KV Nordrhein <p>Es gelten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie.</p>

¹ Es gelten die Voraussetzungen der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

² Die Stressechokardiographie kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

³ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

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

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
<p>2a. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierten Einrichtung Kardiologie und interventionelle Kardiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie – Information durch Informationsmaterial zu Beginn der Teilnahme – Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region – Fachliche und organisatorische Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie § 135 Abs. 2 SGB V – Beachtung der Indikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie/interventionellen Therapie gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5 Ziffern 1.5.3.1 und 1.5.3.2 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung) – Zusammenarbeit mit einem am DMP teilnehmenden Zentrum für Herzchirurgie – Zusammenarbeit mit einer Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung für Nuklearmedizin – Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen der Region – mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden im Jahr <p style="text-align: center;"><i>und/oder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Teilnahme an KHK-spezifischem strukturierten Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region. Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr <p>Es gelten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie.</p>
<p>2b. Apparative Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierten Einrichtung Kardiologie und interventionelle Kardiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Apparative Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierte Einrichtung konventionelle Kardiologie (s. Ziffer 1b). – Organisatorische Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie § 135 Abs. 2 SGB V. – Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung) – Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> • Nachweis* der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle (EBM-Nr. 13552) gegenüber der KV Nordrhein • Abrechnungserlaubnis der KV Nordrhein

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

Anlage 4 – Strukturqualität für weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Indikation mit Auftragsleistung zu überweisen ist, sind Vertragsärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte die im Folgenden aufgeführten Strukturvoraussetzungen erfüllen.
Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein, wenn der vorgenannte Leistungserbringer am Programm teilnimmt.

Amtliche Bekanntmachungen

Weitere Leistungserbringer	Voraussetzungen
Nuklearmedizinische Diagnostik	Facharzt für Nuklearmedizin
Weiterführende diabetologische Diagnostik und Therapie	<ul style="list-style-type: none"> – Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin – Anerkennung als Diabetologe DDG oder vergleichbare Qualifikation/Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie – diabetologisch qualifiziertes Praxispersonal: Diabetesberater/in – in DDG oder Diabetesassistent/in DDG und Arzhelferinnen, die einen Fortbildungskurs des ZI für Diabetes mellitus (mit und ohne Insulin) absolviert haben – apparative und räumliche Ausstattung für die qualifizierte diabetologische Diagnostik und Therapie, insbesondere für die Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards, eine qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung und die Basisdiagnostik der Polyneuropathie – regelmäßige Betreuung einer ausreichenden Anzahl von Diabetespatienten (mindestens 200 Diabetiker pro Quartal)
Psychodiagnostisch, Psychotherapeutisch, psychosomatische oder psychosoziale Behandlung	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse ¹

¹ Die psychotherapeutische Behandlung kann auch von Fachärzten der 1. Versorgungsstufe erbracht werden, wenn die entsprechende Qualifikation vorliegt.

Anlage 5a – Teilnahmeerklärung Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeerklärung des Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Bezirksstelle

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter www.kvno.de

1. Teilnahmeerklärung zum Programm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit (KHK) informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle bzw. die Krankenkassen vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den in der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritteerfüllen,
- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit der Anlage 5b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. die Landesprüfbedienste, die Krankenhausgesellschaft und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

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

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Leistungserbringerverzeichnis“,
- die Weitergabe des „Leistungserbringerverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter www.kvno.de

Amtliche Bekanntmachungen

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit (KHK) im Rahmen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden nehme ich

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Leistungserbringer")

teil als

- koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 des Vertrages
- Facharzt gemäß § 4 des Vertrages
 - nicht-invasiv tätig
 - invasiv tätig
 - nicht-invasiv und invasiv tätig
- koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 und als Facharzt gemäß § 4 des Vertrages
 - nicht-invasiv tätig
 - invasiv tätig
 - nicht-invasiv und invasiv tätig

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

- a) _____ [BSNR]
- b) _____ [BSNR]
- c) _____ [BSNR]
- d) _____ [BSNR]

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

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

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Anlage 5b – Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

**Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers
zum strukturierten Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Bezirksstelle

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

Erklärung zu angestellten Ärzten

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

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

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

- | | | | | | | |
|----|----------------------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 1. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 1. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter www.kvno.de

Erklärung des angestellten Arztes

Hiermit bestätige ich, dass mich der oben genannten Vertragsarzt über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms für Versicherte mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) sowie über die Verpflichtungen, die mit der Leistungserbringung im Rahmen dieser Programme einhergehen, informiert hat.

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztesl

Anlage 6 – Versorgungsinhalte Koronare Herzkrankheit

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) (Anlage 5 DMP-A-RL)

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

1.1 Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK)

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

1.2 Hinreichende Diagnostik für die Aufnahme in ein strukturiertes Behandlungsprogramm

1.2.1 Chronische KHK

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

- bei einem akuten Koronarsyndrom, auch in der Vorgeschichte;
- wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG eine

hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90 Prozent) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt. Nur bei Patientinnen und Patienten, die nach Feststellung der Ärztin oder des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher oder bei Patientinnen und Patienten, die physikalisch nicht belastbar sind), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden;

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

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

1.2.2 Akutes Koronarsyndrom

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

1.3 Therapieziele

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

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

1.4 Differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung

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

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

Die Ärztin oder der Arzt hat in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem Patienten zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

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

1.5 Therapeutische Maßnahmen

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

1.5.1.1 Ernährung

Im Rahmen der Therapie berät die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und Patienten entsprechend der jeweiligen Therapieziele über eine risikofaktorenorientierte ausgewogene Ernährung und bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten gegebenenfalls über eine Gewichtsreduktion.

1.5.1.2 Raucherberatung

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

- Der Raucherstatus soll bei jeder Patientin und jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucherinnen und Raucher sollen in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob Raucherinnen und Raucher zu dieser Zeit bereit sind, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

angeboten werden. Dabei sollte ggf. auch eine Beratung zu deren Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erfolgen.

- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliche Aktivitäten

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

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

1.5.1.4 Arterielle Hypertonie

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

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

1.5.1.5 Diabetes mellitus

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

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

zierten Diabetes-Schulungs- und Behandlungsprogramm profitieren kann.

1.5.1.6 Psychosoziale Betreuung

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

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

1.5.1.7 Psychische Komorbiditäten

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

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

1.5.1.8 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

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

In der Patientinnen- oder Patientenakte soll eine aktuelle Medikationsliste vorhanden sein. Diese kann der Patientin oder dem Patienten oder einer Betreuungsperson in einer für

diese verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden.

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

1.5.2 Medikamentöse Therapie

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

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Komorbiditäten und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Behandlung der KHK verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele in randomisierten, kontrollierten Studien (RCT) nachgewiesen wurden. Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung Wirkstoffe aus anderen Wirkstoffgruppen als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen. Grundsätzlich sollen die tatsächlich eingenommenen Medikamente, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie erfragt werden, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

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

1.5.2.1 Prognoseverbessernde Therapie

Für folgende Substanzgruppen gibt es nachweislich einen prognoseverbessernden Effekt:

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

1.5.2.1.1 Thrombozytenaggregationshemmer

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

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

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

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

1.5.2.1.2 Lipidsenker

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

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

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

ACE-Hemmer sind grundsätzlich bei allen KHK-Patientinnen und -Patienten in der frühen Postinfarktphase (4 bis 6 Wochen) indiziert. Sie sind ebenfalls indiziert, wenn die chronische KHK mit einer begleitenden Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion und/oder mit der Komorbidität Hypertonie und/oder Diabetes mellitus einhergeht. Im Falle einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit (insbesondere ACE-Hemmer bedingter Husten) können bei Patientinnen und Patienten mit KHK und einer systolischen Herzinsuffizienz oder dem gleichzeitigen Vorliegen der Komorbiditäten Hypertonie und Diabetes mellitus AT1-Rezeptorantagonisten eingesetzt werden. AT1-Rezeptorantagonisten werden hingegen nicht als Alternative empfohlen für Patientinnen und Patienten, bei denen unter ACE-Hemmer ein Angioödem aufgetreten ist.

1.5.2.1.4 Betarezeptorenblocker

Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen. Dieser Nutzen ist insbesondere bei Risikokonstellationen wie Diabetes mellitus oder arterieller Hypertonus überdurchschnittlich hoch.

1.5.2.2 Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris

1.5.2.2.1 Betarezeptorenblocker

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

1.5.2.2.2 Kalzium-Antagonisten

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

1.5.2.2.3 Nitrate

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

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

1.5.3 Koronarangiografie, interventionelle und operative Koronarrevaskularisation

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

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

1.5.3.1 Koronarangiografie

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

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

5. bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris und neu aufgetretenen Symptomen einer Herzinsuffizienz.

1.5.3.2 Interventionelle und operative Koronararteriosklerose

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

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

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

1.6 Rehabilitation

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

Dimensionen und Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

1. Somatische Ebene: Überwachung, Risikostratifizierung, Therapieanpassung, Remobilisierung, Training, Sekundärprävention;
2. Psychosoziale Ebene: Krankheitsbewältigung, Verminderung von Angst und Depressivität;
3. Edukative Ebene (insbesondere Beratung, Schulung): Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen und Fertigkeiten (unter anderem Krankheitsverständnis, Modifikation des Lebensstils und der Risikofaktoren), Motivationsstärkung;
4. Sozialmedizinische Ebene: Berufliche Wiedereingliederung, Erhaltung der Selbstständigkeit.

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

5. die Frühmobilisation während der Akutbehandlung,
6. die Rehabilitation (nach Ziffer 1.7.4) im Anschluss an die Akutbehandlung,

7. die langfristige wohnortnahe Nachsorge und Betreuung.

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

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

1.7.1 Hausärztliche Versorgung

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

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit koronarer Herzkrankheit eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 sind von der gewählten Ärztin, dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn deren besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

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

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten erfolgen soll:

1. erstmalige oder zunehmende Angina pectoris-Beschwerden,
2. neu aufgetretene oder zunehmende Herzinsuffizienz,
3. neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
4. unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
5. Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten (zum Beispiel Hypertonie, Diabetes mellitus, Depression),

Amtliche Bekanntmachungen

6. Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (zum Beispiel Klappenvitien),
7. Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
8. Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
9. Rehabilitation,
10. Schulung von Patientinnen und Patienten.

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

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

11. Verdacht auf akutes Koronarsyndrom,
 12. Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (zum Beispiel Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).
- Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Einweisung zur stationären Behandlung zu erwägen bei Patientinnen und Patienten, bei denen eine invasive Diagnostik und Therapie indiziert ist.

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

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

13. nach akutem Koronarsyndrom,
14. nach koronarer Revaskularisation,
15. bei Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris und dadurch bedingten limitierenden Symptomen (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände), die trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen persistieren,
16. bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände), die trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen persistieren.

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

Die Ausführungen zu § 2 dieser Richtlinie gelten entsprechend. Gemäß § 2 dieser Richtlinie müssen mindestens folgende Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren vertraglich festgelegt werden:

Qualitätsziel	Qualitätsindikator
Hoher Anteil normotensiver Patientinnen und Patienten bei bekannter Hypertonie	Anteil der Patientinnen und Patienten mit RR systolisch ≤ 139 mmHg und diastolisch ≤ 89 mmHg bei bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	Anteil der Patientinnen und Patienten ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation, die Thrombozytenaggregationshemmer erhalten
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, die Betablocker erhalten	Anteil der Patientinnen und Patienten ohne Kontraindikation, die Betablocker erhalten
Hoher Anteil von Patientinnen und Patienten, die Statine erhalten	Anteil der Patientinnen und Patienten ohne Kontraindikation, die Statine erhalten
Niedriger Anteil rauchender Patientinnen und Patienten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anteil rauchender Patientinnen und Patienten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten 2. Anteil rauchender Patientinnen und Patienten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten, die bei Einschreibung geraucht haben
Hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben 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 (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu § 3 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

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

3.3 Voraussetzungen für die Teilnahme an dem zusätzlichen Modul Herzinsuffizienz

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

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

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend. Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (unter anderem Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann.

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

-unbesetzt-

Anlage 6a – Versorgungsinhalte Herzinsuffizienz

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

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

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

1.1. Definition der chronischen Herzinsuffizienz

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

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

Pathophysiologisch liegt eine multisystemische Störung vor, die unter anderem durch die Dysfunktion der Herz- und Skelettmuskulatur sowie der Nierenfunktion charakterisiert ist². Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome wie z. B. Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungsminderung) und/oder Flüssigkeitsretention auf Grund einer kardialen Funktionsstörung bestehen¹.

1.2. Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe

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

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

1.3. Therapieziele

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

1. Reduktion der Sterblichkeit (entsprechend dem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK),
2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung oder Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung,
3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Hospitalisationen und Steigerung oder Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

1.4. Therapeutische Maßnahmen

1.4.1. Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

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

Die Flüssigkeitsaufnahme sollte sich am klinischen Zustand der Patientinnen und Patienten und an deren Nierenfunktion orientieren. Eine Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme auf

1,5 bis 2 Liter pro Tag ist bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz, anhaltenden Stauungszeichen, Hypervolämie und/oder Hyponatriämie zu erwägen. Eine exzessive Flüssigkeitsaufnahme ist zu vermeiden.

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

1.4.2. Medikamentöse Therapie

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

Die nachfolgenden Empfehlungen konkretisieren oder ergänzen die Therapieempfehlungen des strukturierten Behandlungsprogramms für KHK in Ziffer 1.5.2 der Anlage 5.

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

Alle Patientinnen und Patienten sollten unabhängig vom Schweregrad der Herzinsuffizienz einen ACE-Hemmer erhalten, da eine Behandlung mit ACE-Hemmern Prognose und Symptomatik der Erkrankung verbessert. In Konkretisierung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 1.5.2 5. Spiegelstrich der Anlage 5 sollen ACE-Hemmer verwendet werden, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz belegt ist.

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

– Therapie mit Beta-Rezeptorenblockern (Betablocker):

Alle klinisch stabilen Patientinnen und Patienten sollten einen Betablocker erhalten. In Konkretisierung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 1.5.2 1. Spiegelstrich der Anlage 5 sollen Betablocker verwendet werden, für die ein mortalitätssenkender Effekt bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz belegt ist.

Die jeweilige Zieldosis ist durch eine langsame Steigerung der Dosierung anzustreben. Wenn die optimale Zieldosis nicht erreicht wird, erfolgt die Behandlung in der maximal von der Patientin oder vom Patienten tolerierten Dosis. Die Dosierung von ACE-Hemmern und von Betablockern ist bei symptomatischer Hypotonie entsprechend anzupassen, sodass die Behandlung von der Patientin oder vom Patienten toleriert wird. Dabei ist zu beachten, dass vor einer Dosisreduktion auf Grund einer symptomatischen Hypotonie zunächst die Dosierung der übrigen blutdrucksenkenden Begleitmedikation reduziert wird.

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

Bei Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung mit ACE-Hemmern auf Grund eines durch ACE-Hemmer bedingten Hustens nicht tolerieren, kann der Wechsel auf einen

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

AT1-Rezeptorantagonisten zur Beschwerdebesserung oder zur Beschwerdefreiheit führen. In diesem Fall können AT1-Rezeptorantagonisten verwendet werden, für die ein Nutzen bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz belegt ist.

- Therapie mit Aldosteron-Antagonisten:
Patientinnen und Patienten mit einer LVEF unter 35 %, die trotz optimaler Therapie mit ACE-Hemmer und Betablocker und Diuretikum im Stadium NYHA III-IV sind, sollten additiv mit Spironolacton in niedriger Dosierung behandelt werden. Es ist zu beachten, dass mit steigender Dosierung die Gefahr einer Hyperkaliämie zunimmt. Daher sind in diesem Fall engmaschigere Kontrollen des Serum-Kaliums erforderlich. Voraussetzung ist, dass bei Therapiebeginn das Serum-Kreatinin unter 2,5 mg/dl und das Serum-Kalium unter 5 mmol/l liegen. Nach einem Herzinfarkt kann anstelle von Spironolacton Eplerenon gegeben werden.
- Therapie mit Diuretika:
Alle Patientinnen und Patienten, die Stauungszeichen aufweisen, sollen mit Diuretika behandelt werden, da Diuretika die einzige Therapieoption zur Kontrolle des Volumenstatus darstellen. In Kombination mit der mortalitätsessenkenden Therapie soll die zur Symptomkontrolle niedrigste erforderliche Dosis verwendet werden. Der Nutzen ist belegt für Schleifendiuretika und Thiaziddiuretika.
- Therapie mit Herzglykosiden (Digitalis):
Patientinnen und Patienten, die trotz Therapie mit einem Betablocker ein chronisches tachykardes Vorhofflimmern aufweisen, sollten zusätzlich mit Digitalis behandelt werden. Für Patientinnen und Patienten mit Sinusrhythmus stellt Digitalis lediglich ein Reservemedikament dar und sollte bei diesen Patientinnen und Patienten nur gegeben werden, wenn sie trotz Ausschöpfung der vorgenannten medikamentösen Therapie weiterhin im Stadium NYHA III-IV sind.
- Orale Antikoagulationstherapie:
Bei chronischem oder paroxysmalem Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz besteht ein besonders hohes Risiko für thromboembolische Ereignisse, sodass hier in der Regel eine effektive orale Antikoagulation (INR 2-3) durchzuführen ist. In diesem Fall sollte die wegen KHK durchgeführte Thrombozytenaggregationshemmung in der Regel beendet und auf die orale Antikoagulation umgestellt werden. Über eine in besonderen Situationen (z. B. Stent-Implantation) dennoch indizierte Kombinationstherapie ist in Kooperation mit der qualifizierten Fachärztin oder dem qualifizierten Facharzt bzw. der qualifizierten Einrichtung zu entscheiden. Eine orale Antikoagulation ist bei bestehendem Sinusrhythmus im Allgemeinen nicht indiziert.

1.4.3. Spezielle interventionelle Maßnahmen

Ergänzend zur medikamentösen Therapie und zu den allgemeinen nicht-medikamentösen Maßnahmen sollte die Indikation zur Durchführung spezieller interventioneller Maßnahmen individuell geprüft werden. Dabei sind der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten und die Möglichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität sowie die Lebenserwartung und ggf. vorliegende Begleiterkrankungen, welche Lebensqualität und Lebenserwartung beeinträchtigen, zu berücksichtigen. Die Ent-

scheidung ist gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und in Kooperation mit der qualifizierten Fachärztin oder dem qualifizierten Facharzt bzw. der qualifizierten Einrichtung auf der Basis einer individuellen Nutzen-Risikoabschätzung vorzunehmen.

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

1.4.3.1. Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)

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

1.4.3.2. Therapie mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)

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

Zur Prävention eines erneuten Ereignisses:

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

Zur Prävention eines erstmaligen Ereignisses:

- Patientinnen und Patienten mit einer LVEF unter 30 bis 35 % und Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III-IV. Bei Patientinnen und Patienten in der chronischen Postinfarktphase gilt dies frühestens 40 Tage nach dem Infarkt ereignis.

1.5. Monitoring

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

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

Die tatsächlich eingenommene Medikation, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie sind zu erfragen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung ist insbesondere zu achten auf:

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

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

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

1.6. Kooperation der Versorgungsebenen

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

- 1.6.1. Überweisung vom behandelnden Arzt oder von der behandelnden Ärztin zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung

In Ergänzung zu den im strukturierten Behandlungsprogramm für KHK aufgeführten Indikationen und Anlässen hat der Arzt oder die Ärztin zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patientinnen und Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Fachärztin bzw. zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- bei Fortschreiten der chronischen systolischen Herzinsuffizienz trotz individuell angepasster Therapie gemäß Ziffern 1.4.1 und 1.4.2,
 - falls erforderlich zur Erreichung einer optimalen medikamentösen Therapie gemäß Ziffer 1.4.2,
 - zur Kontrolle mittels Echokardiographie bei relevanten Verschlechterungen des klinischen Zustandes der Patientin oder des Patienten,
 - zur Abklärung von Indikationen für spezielle interventionelle Maßnahmen gemäß Ziffern 1.4.3.1 und 1.4.3.2 zu einem diesbezüglich qualifizierten Facharzt oder zu einer diesbezüglich qualifizierten Fachärztin oder zu einer diesbezüglich qualifizierten Einrichtung,
 - zur Abklärung einer Transplantationsindikation.
- Der jeweils qualifizierte Facharzt oder die jeweils qualifizierte Fachärztin oder die qualifizierte Einrichtung soll nach Möglichkeit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin Empfehlungen zur weiteren individuellen Anpassung der Dosierung der medikamentösen Herzinsuffizienz-Behandlung sowie des Körpergewichts bzw. des Volumenstatus aussprechen.
- Im Übrigen entscheidet der Arzt oder die Ärztin nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.6.2. Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

Im Übrigen gelten die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Ziffer 1.7.3 der Anlage 5.

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

1.6.3. Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

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

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

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

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

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

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

4. Schulungen (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)

Die Ausführungen zu Ziffer 4 der Anlage 5 gelten entsprechend.

4.1. Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen unter anderem auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für KHK in Anlage 5 ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

4.2. Schulungen der Versicherten

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

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (unter anderem Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen. Sofern Schulungsprogramme angewandt werden sollen, sind diese gegenüber dem BVA im Rahmen des Zulassungsverfahrens zu benennen und ihre Ausrichtung an den unter Ziffer 1.3 genannten Therapiezielen zu belegen.

Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5. Evaluation (§ 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)

Eine gesonderte Evaluation für das Modul Chronische Herzinsuffizienz erfolgt nicht.

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

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

Anlage 7 - Dokumentation

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs) (Anlage 2 DMP-A-RL)

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD
11	Modul-Teilnahme ¹⁾	Chronische Herzinsuffizienz ²⁾ : Ja/Nein
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich

¹⁾ Nur bei DMP KHK auszufüllen.

²⁾ Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40 %.

Amtliche Bekanntmachungen

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
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
Behandlungsplanung		
18	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/ Ernährungsberatung/ Körperliches Training
19	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/ Jedes zweite Quartal

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

Koronare Herzkrankheit – Dokumentation (Anlage 6 DMP-A-RL)

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Angina pectoris	Nein/wenn ja: CCS I, CCS II, CCS III, CCS IV
2	Serum-Elektrolyte ^{1) 2)}	Bestimmt/Nicht bestimmt
2a	LDL-Cholesterin	mg/dl / mmol/l / Nicht bestimmt
Relevante Ereignisse		
3	Relevante Ereignisse ³⁾	Herzinfarkt/instabile Angina pectoris/ Schlaganfall/Nein

¹⁾ Natrium und Kalium im Serum.

²⁾ Nur bei Modul Chronische Herzinsuffizienz.

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

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
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	Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen? ²⁾	Ja/Nein/Nicht erforderlich

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 8

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Formular in der jeweils gültigen Fassung

Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Stand: 08.10.2014)
 Datenschutzinformation (Stand: 11.03.2008)
 Patienteninformation (Stand: 10.2014)

Die Vertragspartner verständigen sich darüber, dass die Abstimmung über den Einsatz aktualisierter Formularversionen im Schriftwechsel und Seitenaustausch erfolgt und die Formulare mit den abgestimmten Versionen der Bundesebene übereinstimmen.

Anlage 9 – Qualitätssicherung

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK)

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> ≥ 60% <i>optional zusätzlich:</i> <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</i>	<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

zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

V 4.0 – Stand 15.08.2104

Qualitätssicherung Koronare Herzkrankheit (KHK) und Modul Herzinsuffizienz Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 6 der DMP-A-RL

Teil 1

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

Teil 2

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

Anmerkung:

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.

– Fortsetzung nächste Seite –

Amtliche Bekanntmachungen

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
II. Niedriger Anteil von rauchenden Teilnehmern	<p>a) Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p> <p>b) Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p> <p><i>optional zusätzlich:</i> Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben mit jeweils gleicher DMP-Teilnahmedauer</p>	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p> <p>b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen <u>mindestens eine Folgedokumentation vorliegt</u></p> <p><i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
III. Hoher Anteil von Teilnehmern, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	<p>Anteil der Teilnehmer, die Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation</p> <p><u>Zielwert:</u> >= 80% Teilnehmer</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer UND NICHT</p> <p>Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ ODER „orale Antikoagulation“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. Hoher Anteil von Teilnehmern, die Betablocker erhalten	<p>Anteil der Teilnehmer, die Betablocker erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer ohne Kontraindikation.</p> <p><u>Zielwert:</u> >= 80% Teilnehmer</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 7 (ISD) Betablocker = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p> <p>UND NICHT</p> <p>Feld 7 ISD (Betablocker) = „Kontraindikation“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

– Fortsetzung nächste Seite –

Amtliche Bekanntmachungen

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

– Fortsetzung nächste Seite –

Amtliche Bekanntmachungen

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

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	<p>Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „Hypertonie“</p> <p>und/oder</p> <p>wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) > 139mmHg syst. oder > 89 mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Teilnehmern mit bekannter Begleiterkrankung „Hypertonie“</p>	V: Infos über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr
II. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	<p>Anteil der Teilnehmer mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) bezogen auf alle Teilnehmer</p> <p>Zielwert: Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen</p> <p><u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen</p>	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche

– Fortsetzung nächste Seite –

Amtliche Bekanntmachungen

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
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 Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr
V.				
VI. Hoher Anteil von Teilnehmern am Modul Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten	<p>Anteil der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, die einen ACE-Hemmer erhalten.</p> <p>Zielwert: 80% unter den Teilnehmern, bei denen keine Kontraindikation vorliegt</p>	<p>Zähler: Anzahl der Teilnehmer mit Feld 8 (ISD) (ACE-Hemmer) = „ja“</p> <p>Nenner: Anzahl der Teilnehmer mit Feld 11 (AD) (Modul-Teilnahme) = „Chronische Herzinsuffizienz: ja“</p> <p>und nicht mit Feld 8 (ISD) = Kontraindikation</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	<p>LE: Information durch das Feedback mit Nennung der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, die trotz Fehlens einer Kontraindikation keinen ACE-Hemmer enthalten</p> <p>Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts</p>
VII. Hoher Anteil von Teilnehmern am Modul Herzinsuffizienz, bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden	Anteil der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, bei denen die Serum-Elektrolyte bestimmt wurden.	<p>Zähler: Anzahl der Teilnehmer mit Feld 2 (ISD) (Serum-Elektrolyte) = „bestimmt“</p> <p>Nenner: Anzahl der Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 11 (AD) (Modul-Teilnahme) = „ja“ in den letzten 12 Monaten und Teilnahme am DMP von mindestens 12 Monaten</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	<p>LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmer am Modul Herzinsuffizienz, bei denen in den vergangenen 12 Monaten keine Elektrolyte bestimmt wurden.</p> <p>Angabe der Häufigkeit (entsprechend dem Auswertungsalgorithmus) im Erfassungsbereich des Berichts</p>

– Fortsetzung nächste Seite –

Amtliche Bekanntmachungen

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

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

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	Allgemeiner Datensatz der Anlage 2
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 6

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

Anlage 10 – Leistungserbringerverzeichnis (ambulanter Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Leistungserbringerverzeichnis

LANR	BNR	Anrede	Titel	Nachname	Vorname	Str.	PLZ	Ort	Kreis	Tel.-Nr.	Koordinierender Arzt		Kardiologisch qualifizierte/r Arzt/ Einrichtung mit nicht-invasiver Diagnostik/ Therapie		Kardiologe mit invasiver Diagnostik/ Therapie		Schulungsbe-rechtigung	
											Eintrittsdatum *1	Austrittsdatum	Eintrittsdatum	Austrittsdatum	Eintrittsdatum	Austrittsdatum		
																		*2

– Erläuterung siehe nächste Seite –

Anlage 11 – Patientenschulung

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Patientenschulungen nach § 20

1. Strukturvoraussetzungen:

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

Diabetes Schulungsprogramme werden im Rahmen der Verträge zu den DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 erbracht.

2. Schulungsauftrag:

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

Schulungsart/ Schulungsprogramm	Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (Kronsbein P, Jörgens-V; Lancet 1988; 2: 1407-1411)
Schulungsauftrag	Diabetologisch qualifizierter Hausarzt Schwerpunktpraxis
Strukturqualität	<p><i>Notwendige Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungenermöglichlichen. – Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein. <p><i>Qualifikation des Leistungserbringers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer ZI-Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV NO nachzuweisen. <p><i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer ZI-Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.

Teilnehmerzahl	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodulare	– 4 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: laut Curriculum
Schulungsart/ Schulungsprogramme	Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen (Grüßer-M, Röger-Ch, Jörgens-V; Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999: A 1756 – A 1757 und Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Jörgens-V; Patient Education and Counseling 29 (1996) 123 – 130)
Schulungsauftrag	Schwerpunktpraxis Diabetologisch qualifizierter Hausarzt
Strukturqualität	<p><i>Notwendige Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ein separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. – Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein. <p><i>Qualifikation des Leistungserbringers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer ZI-Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV NO nachzuweisen. <p><i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Das nichtärztliche Personal des Hausarztes hat die erfolgreiche Teilnahme an einer ZI-Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.
Teilnehmerzahl	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodulare	– 5 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
Schulungsart/ Schulungsprogramme	Schulungsprogramm MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2-Diabetiker) (Diabetes-Akademie Bad-Mergentheim e.V., Bad Mergentheim, Studie im Auftrag des Bundesforschungsministeriums, Autoren: Kulzer, Hermanns, Maier, Bergis, Reinecker)
Schulungsauftrag	Schwerpunktpraxis Diabetologisch qualifizierter Hausarzt

Amtliche Bekanntmachungen

Strukturqualität	<p><i>Notwendige Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – in separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. – Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein. <p><i>Qualifikation des Leistungserbringers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an der MEDIAS 2-Fortbildung gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. <p><i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen MEDIAS 2-Schulungen qualifiziert, nachzuweisen. 	Strukturqualität	<p><i>Notwendige Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – in separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. – Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein <p><i>Qualifikation des Leistungserbringers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an der MEDIAS 2-Fortbildung gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. <p><i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen MEDIAS 2-Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.
Teilnehmerzahl	6 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe	Teilnehmerzahl	6 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungs- module	– max. 8 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum	Schulungs- module	– max. 8 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
Schulungsart/ Schulungs- programme	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie ; (Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V; J of Human Hypertension 1997; 11: 501 – 506)	Schulungsart/ Schulungs- programme	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie ; (Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V; J of Human Hypertension 1997; 11: 501 – 506)
Schulungs- auftrag	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Ärzte für Praktische Medizin Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie	Schulungs- auftrag	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Ärzte für Praktische Medizin Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
Strukturqualität	<p><i>Notwendige Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ein separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. – Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein <p><i>Qualifikation des Leistungserbringers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV No nachzuweisen. <p><i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen oder – vollzeit angestellte Diabetes-Assistentinnen oder -Beraterinnen, die den vorgenannten Fortbildungskurs absolviert haben. 	Strukturqualität	<p><i>Notwendige Ausstattung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ein separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. – Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein. <p><i>Qualifikation des Leistungserbringers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV No nachzuweisen. <p><i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen oder – vollzeit angestellte Diabetes-Assistentinnen oder -Beraterinnen, die den vorgenannten Fortbildungskurs absolviert haben.

Amtliche Bekanntmachungen

Teilnehmerzahl	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungs- module	– max. 4 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
Schulungsart/ Schulungs- programme	Das strukturierte Hypertonie-Behand- lungs- und Schulungsprogramm (HBSP) (Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P, ZaeFQ 95; 349-355)
Schulungs- auftrag	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Ärzte für Praktische Medizin Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
Strukturqualität	<i>Notwendige Ausstattung</i> – Ein separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. – Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein. <i>Qualifikation des Leistungserbringers</i> – Der Leistungserbringer hat die erfolg- reiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebote- nen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV No nachzuweisen. <i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i> – Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fort- bildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen oder – vollzeit angestellte Diabetes-Assisten- tinnen oder -Beraterinnen, die den vorgenannten Fortbildungskurs absolviert haben.
Teilnehmerzahl	max. 6 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungs- module	– max. 4 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
Schulungsart/ Schulungs- programme	Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM/ Institut für präventive Medizin) (Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleisch- mann EH, Walter H, Schmieder RE. Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für Präventive medizin. Dtsch Med Wochenschr. 2000 Nov 17; 125(46):1385-9.)
Schulungs- auftrag	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Ärzte für Praktische Medizin Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

Teilnehmerzahl	max. 6 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungs- module	– max. 4 Unterrichtseinheiten (UE) Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum

durchzuführen bzw. durch Überweisung zu veranlassen:

Eine Unterrichtseinheit (UE) stellt einen Zeitraum von 90 bis 120 Minuten dar.

Die Diabetes-Schulungsprogramme werden im Rahmen des DMP-Vertrages Diabetes mellitus Typ 2 erbracht.

Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.

In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) kann die Schulung als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen. Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen. Nach Abrechnung durch die KV No erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse.

Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.

Die Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig.