

# Anlagen zum Vertrag zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen vom 29.09.2004 in der Fassung des 18. Nachtrages vom 21.08.2019

## Anlage Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

### Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Vertragsarzt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V als Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin oder Praktischer Arzt an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Gem. § 3 Abs. 2 Satz 2 kann im Einzelfall auch der nach § 4 qualifizierte Facharzt koordinierender Vertragsarzt sein, insbesondere für die Versicherten, die bereits vor der Einschreibung von diesem Vertragsarzt betreut worden sind oder bei denen diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die nachfolgenden Anforderungen an die Strukturqualität (StQ KA) müssen erfüllt und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation eingehalten werden.

#### StQ KA

Voraussetzung	Zeitpunkt/Häufigkeit
1. Fachliche Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Kenntnisnahme des Praxismanuals</li><li>• Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards durchzuführen</li></ul>	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme  Bei Beginn der Teilnahme

<p>2. Apparative / strukturelle Voraussetzungen: Möglichkeit zur Basisdiagnostik der KHK, mindestens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standard-EKG-Schreibung (12 Ableitungen) mit Mehrkanal-Gerät</li> <li>• Belastungs-EKG<sup>1</sup></li> <li>• Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann</li> </ul> <p>Bei der Durchführung des Belastungs-EKG<sup>1</sup> sind folgende Voraussetzungen zu beachten: strukturelle Voraussetzungen / notwendige Geräte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entsprechende Ergometrieinheit</li> <li>• 12 Kanal-EKG</li> <li>• EKG Monitoring</li> <li>• Defibrillator</li> <li>• Notfallausrüstung zur Intubation</li> <li>• Geräte zur Infusionstherapie</li> <li>• Notfallmedikation</li> <li>• Möglichkeit der O<sub>2</sub>-Gabe</li> <li>• Behandlungsliege</li> </ul> <p>personelle Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgebildetes Personal für das sorgfältige Anlegen und eine qualitätsgesicherte EKG-Registrierung</li> <li>• Ständige Anwesenheit eines Arztes (muss über adäquate EKG-Kenntnisse verfügen und den Patienten in Notfällen versorgen können, Erstellen eines standardisierten Protokolls) während der gesamten Untersuchung</li> </ul>	<p>Bei Beginn der Teilnahme</p>
<p>3. Fortbildungsanforderungen: Teilnahme an einer KHK spezifischen Fortbildung, die von einer Landesärztekammer zertifiziert wurde bzw. die in einem von der KVBB anerkannten Qualitätszirkel stattfindet</p>	<p>Mindestens einmal jährlich</p>

<sup>1</sup> in Eigenleistung oder per Auftragsleistung unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (Leitlinie zur Ergometrie)

**Anlage Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor**  
zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsstufe sind die Vertragsärzte, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität (StQ FÄ) erfüllen.  
StQ FÄ

Vertragsärzte der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
1a. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis / qualifizierte Einrichtung konventionelle Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie bzw. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder fachärztlich tätiger Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, der eine Genehmigung zur Durchführung echokardiographischer Leistungen besitzt</li> <li>- Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Kenntnisnahme des Praxismanuals zu Beginn der Teilnahme</li> <li>- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li> <li>- Zusammenarbeit mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung</li> <li>- Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen in der Region</li> </ul>
1b. Ausstattung der spezialisierten Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung konventionelle Kardiologie	<p>Mindest-Anforderungen der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis / qualifizierten Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- farbkodierte Dopplerechokardiographie<sup>1</sup></li> <li>- Stressechokardiographie<sup>2</sup>, ggf. Zusammenarbeit mit Nuklearmedizin (Myokardszintigraphie)</li> <li>- EKG, Belastungs-EKG<sup>3</sup>, Langzeit-EKG</li> <li>- 24 Stunden-Blutdruckmessgerät</li> </ul>
2a. Zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierte Schwerpunktpraxis / qualifizierte Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie bzw. Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie</li> <li>- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li> <li>- Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage „Versorgungsinhalte</li> </ul>

<sup>1</sup> Es gelten die apparativen Voraussetzungen der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

<sup>2</sup> In Eigenleistung oder per Auftragsleistung, es gelten die Voraussetzungen der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

<sup>3</sup> Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Vertragsärzte der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	KHK“) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Herzchirurgie               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachweis der Teilnahme an einer Qualitätssicherungsmaßnahme (QUIK o.ä.)</li> <li>▪ Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen der Region</li> </ul> </li> </ul>
2b. Ausstattung der spezialisierten Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung Kardiologie und interventionelle Kardiologie	Fachliche, organisatorische und apparative Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V
3. Qualifikationsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens einmal halbjährliche Teilnahme an KHK-spezifischer Fortbildung, die von einer Landesärztekammer zertifiziert wurde; Mindestdauer der Fortbildung 4 Stunden im Jahr und</li> <li>- Teilnahme an einem von der KVBB anerkannten kardiologischen Qualitätszirkel; Mindestdauer der Teilnahme 6 Stunden im Jahr</li> </ul>

## **Anlage Strukturqualität Schulungsarzt**

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

### **Schulungsarzt**

Vertragsärzte, die Patienten im Rahmen des DMP Schulungen anbieten dürfen, sind Vertragsärzte, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität (StQ Schulungsarzt) erfüllen:

(1) Notwendige Ausstattung, ggf. in Kooperation

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

(2) Qualifikation des Vertragsarztes

Der Vertragsarzt hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, der KVBB gegenüber nachzuweisen.

(3) Qualifikation des nichtärztlichen Personals

Für das nichtärztliche Personal ist die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert, der KVBB gegenüber nachzuweisen.

Die KVBB prüft die vorgelegten Qualifikationsnachweise und erteilt die Genehmigung zur Durchführung der Schulungen.

## Anlage Versorgungsinhalte KHK

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

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 SGB V)

### 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 Patienten, die nach Feststellung des Vertragsarztes 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 Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher oder bei 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).

Der Vertragsarzt hat in Abstimmung mit dem Patienten zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

#### 1.2.2 Akutes Koronarsyndrom

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

### 1.3 Therapieziele

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

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

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

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 Patienten.

Daher soll der Vertragsarzt individuell das Risiko für diese 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.

Der Vertragsarzt hat in Abstimmung mit dem Patienten zu prüfen, ob 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 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 der behandelnde Vertragsarzt den Patienten entsprechend den jeweiligen Therapiezielen über eine risikofaktorenorientierte ausgewogene Ernährung und bei übergewichtigen Patienten gegebenenfalls über eine Gewichtsreduktion.

1.5.1.2 Raucherberatung

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

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

Der Vertragsarzt überprüft mindestens einmal jährlich, ob der Patient von einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert.

Mögliche Interventionen sollen darauf ausgerichtet sein, die 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 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 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 des Patienten (z. B. Alter, weitere Begleiterkrankungen) können individuelle Abweichungen erforderlich sein. Der Vertragsarzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob 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. Patienten mit chronischer KHK sollten auf das Vorliegen eines Diabetes mellitus und seiner Vorstufen untersucht werden. 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 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 der Patient von der Teilnahme an einem strukturierten, evaluierten und publizierten Diabetes-Schulungs- und Behandlungsprogramm profitieren kann.

#### 1.5.1.6 Psychosoziale Betreuung

Im Rahmen der Versorgung von 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 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 den Vertragsarzt ist zu prüfen, inwieweit Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können.

Bei psychischen Krankheiten sollte die Behandlung derselben durch entsprechend qualifizierte Vertragsärzte und Leistungserbringer erfolgen.

Eine Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität sollte besondere Beachtung finden. Ist bei leitliniengerechtem Vorgehen eine medikamentöse antidepressive Behandlung indiziert, sind bei 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 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:

Der Vertragsarzt 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 den koordinierenden Vertragsarzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden. In der Patientenakte soll eine aktuelle Medikationsliste vorhanden sein. Diese kann 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 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 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 Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung von Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten eine Thrombozytenaggregationshemmung durchgeführt werden. Eine Kombinationstherapie von Acetylsalicylsäure und einem P2Y<sub>12</sub>-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 Kardiologen informieren die weiterbehandelnden Vertragsärzte über die durchgeführte Intervention und die daraus begründete Art und Dauer der Thrombozytenaggregationshemmung. Bei 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 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-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 Patienten mit KHK und einer systolischen Herzinsuffizienz oder dem gleichzeitigen Vorliegen der Komorbiditäten Hypertonie und Diabetes mellitus AT<sub>1</sub>-Rezeptorantagonisten eingesetzt werden. AT<sub>1</sub>-Rezeptorantagonisten werden hingegen nicht als Alternative empfohlen für 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 dem Patienten ist die Entscheidung zur invasiven Diagnostik oder Intervention im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung vorzunehmen.

Der Vertragsarzt hat zu prüfen, ob 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 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 Patienten mit akutem Koronarsyndrom,
2. bei Patienten mit stabiler Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) trotz medikamentöser Therapie,
3. bei Patienten mit Angina pectoris – unabhängig von der Schwere - mit Hochrisikomerkmale bei der nicht-invasiven Vortestung,
4. bei Patienten mit Angina pectoris, die einen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
5. bei Patienten mit Angina pectoris und neu aufgetretenen Symptomen einer Herzinsuffizienz.

#### 1.5.3.2 Interventionelle und operative Koronarrevaskularisation

Vorrangig sollten unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtbildes, der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen nur solche invasiven Therapiemaßnahmen erwogen werden, deren Nutzen und Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele insbesondere in randomisierten und kontrollierten Studien nachgewiesen wurden.

Dabei ist der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft unter Einbeziehung von evidenzbasierten Leitlinien oder Studien jeweils der besten verfügbaren Evidenz zu berücksichtigen, denn sowohl die interventionelle wie die chirurgische Therapie der KHK sind -ebenso wie die medikamentöse Therapie - einem ständigen Wandel unterworfen.

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

Die für den jeweiligen Patienten 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 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-Patienten. Die Zielvereinbarungen zwischen Vertragsarzt und Patient sollen Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Selbstverantwortung des Patienten, berücksichtigen.

Dimensionen und Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

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

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

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

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

## 1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

Die Betreuung der chronischen KHK-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 Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt im Rahmen seiner in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit koronarer Herzkrankheit 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 der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.

Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Vertragsarzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 sind vom gewählten Vertragsarzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn deren besondere Qualifikation für eine Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

### 1.7.2 Überweisung vom behandelnden Vertragsarzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung

Der Vertragsarzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung beziehungsweise 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. Patienten mit Komorbiditäten (zum Beispiel Hypertonie, Diabetes mellitus, Depression),
6. Mitbehandlung von 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 Patienten.

Im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur stationären Behandlung von 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 Patienten, bei denen eine invasive Diagnostik und Therapie indiziert ist. Im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt 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 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 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 $\leq 139$ mmHg und diastolisch $\leq 89$ 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"> <li>1. Anteil rauchender Patientinnen und Patienten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patientinnen und Patienten</li> <li>2. Anteil rauchender Patientinnen und Patienten, bezogen auf alle Patientinnen und Patienten, die bei Einschreibung geraucht haben</li> </ol>
Hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Hypertonie, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben</li> <li>2. Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben</li> </ol>
Niedriger Anteil von Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris-Beschwerden	Anzahl von Patientinnen und Patienten ohne Angina pectoris-Beschwerden bezogen auf alle Patientinnen und Patienten (zusätzlich: Darstellung der Verteilung der Patientinnen und Patienten mit Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS)

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

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu § 3 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

1. Bei einem akuten Koronarsyndrom, auch in der Vorgeschichte;
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, das innerhalb der letzten drei Jahre durchgeführt worden ist, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90 Prozent) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt. <sup>2</sup>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).

Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Chronische Herzinsuffizienz und ein DMP Koronare Herzkrankheit ist nicht möglich.

Besteht neben der chronischen Herzinsuffizienz eine KHK bzw. handelt es sich um eine Herzinsuffizienz als Folge einer KHK, sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP-Programme die Versicherte bzw. der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

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

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

4.2 Schulungen der Versicherten

Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (unter anderem

Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann.



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

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

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

## **Anlage Teilnahmeerklärung Vertragsarzt DMP KHK**

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms (DMP) KHK informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP KHK zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und den Krankenkassen im Land Brandenburg nehme ich teil.

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 Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des DMP, 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 für die Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-Datenschutzgrundverordnung i.V.m. dem Bundesdatenschutzgesetz beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und ihm jeweils eine Ausfertigung der Dokumentationsdaten übergeben werde.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift im „Verzeichnis der Vertragsärzte“,
- der Weitergabe meiner Daten gemäß dem „Verzeichnis der Vertragsärzte“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, die Datenstelle, die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) sowie die zuständige Aufsichtsbehörde und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten über die Datenstelle an die Gemeinsame Einrichtung und deren Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit / Anstellung endet bzw. ruht,
- die Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert wird,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend diesem Vertrag von mir gegenüber der KVBB nachzuweisen sind.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_ LANR

1. a) Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 des Vertrages teilnehmen.
- b) Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 S. 2 des Vertrages teilnehmen.

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII. Die fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen entsprechend den vertraglichen Regelungen werden von mir erfüllt.

oder

2. Ich möchte an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 des Vertrages teilnehmen.

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages.

Ich bin nicht invasiv   
sowohl invasiv als auch nicht invasiv

tätig.

Die fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen entsprechend den vertraglichen Regelungen werden von mir erfüllt.

oder

3. Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 und an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 teilnehmen.

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

Ich bin nicht invasiv   
sowohl invasiv als auch nicht invasiv

tätig.

Die fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen entsprechend den vertraglichen Regelungen werden von mir erfüllt.

4. Ich möchte Schulungen im Rahmen des DMP KHK anbieten.

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

- a) \_\_\_\_\_ (BSNR)  
b) \_\_\_\_\_ (BSNR)

Mit der Einschaltung einer Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich bevollmächtige die KVBB zur Beauftragung einer Datenstelle insbesondere mit der Überprüfung der von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV.

Das Praxismanual habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. des anstellenden  
Vertragsarztes

## **Verzeichnisse der Vertragsärzte und Leistungserbringer DMP KHK** zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen im Land Brandenburg

### **Versorgungsebenen** (nur Einfachnennung möglich)

- A = koordinierender Vertragsarzt gem. § 3 Abs. 2 Satz 1  
(entspricht A der technischen Anlage)
- B = Fachärzte, nicht-invasiv tätig  
(entspricht B der technischen Anlage)
- C = Fachärzte, invasiv tätig (und ggf. nicht-invasiv)  
(entspricht C der technischen Anlage)

### **Schulungsberechtigung** (Mehrfachnennungen möglich)

- 1 = Diabetes mellitus Typ 2 ohne Insulin  
(entspricht 4 der Technischen Anlage)
- 2 = Diabetes mellitus Typ 2 Medias 2 ohne Insulin  
(entspricht 5 der Technischen Anlage)
- 3 = Diabetes mellitus Typ 2 mit Normalinsulin  
(entspricht 7 der Technischen Anlage)
- 4 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen  
(entspricht 6 der Technischen Anlage)
- 5 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie  
(entspricht 14 der Technischen Anlage)
- 6 = Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)  
(entspricht 13 der Technischen Anlage)
- 7 = Diabetes mellitus Typ 2 mit intensivierter Insulintherapie  
(entspricht 10 der Technischen Anlage)
- 8 = Modulare Bluthochdruckschulung IPM<sup>1</sup>  
(entspricht 15 der Technischen Anlage)
- 9 = LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung ohne Insulin  
(entspricht 9 der Technischen Anlage)
- 10= LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin  
(entspricht 9 der Technischen Anlage)
- 11 = LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung ICT  
(entspricht 9 der Technischen Anlage)
- 39 = Cardio-Fit  
(entspricht 39 der Technischen Anlage)

---

<sup>1</sup> ab 01.04.2005

LANR <sup>1</sup>	BSNR <sup>2</sup>	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon- Nr.	Koord. Arzt	Versorgungs- ebene	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungs- berechtigung

#### Hinweise

Im Verzeichnis sind die koordinierenden Ärzte durch Ankreuzen in der Spalte „Koord. Arzt“ zu markieren. Das Verzeichnis ist zunächst nach Koord. Ärzten/Nicht-koord. Ärzten, sodann nach Beginn der Teilnahme zu sortieren.

---

<sup>1</sup> ab 01.07.2008

### Krankenhäuser

Krankenhaus-Nr.	Name des Krankenhauses	ggf. Träger des Krankenhauses	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsoptionen

#### Versorgungsoptionen (Mehrfachnennung möglich)

A = Krankenhaus mit ausschließlich nicht-invasiver Diagnostik/Therapie

B = Krankenhaus mit zusätzlich invasiver Diagnostik/Therapie

C = Herz-Thorax-Chirurgie

### Rehabilitationseinrichtungen

Reha-IK	Name der Rehaeinrichtung	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme

# Anlage Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

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

## Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

**Koronare Herzkrankheit**

Krankenhaus-IK
----------------

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)
-------------------------------------

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)
---

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)
-----------------------------

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)
------------------------------------

### 1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

### 2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus

25.05.2018  
DSGVO  
KHK

dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

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

**zu 2.: Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

□	□	□	□	□	□	□	□
T	T	M	M	J	J	J	J

zu 1. und 2.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

- vom behandelnden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -



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

Bitte das heutige Datum eintragen.

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

<hr/> Unterschrift	Stempel Arzt
-----------------------	--------------

## Anlage Datenschutzinformation

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

### Eine Information zum Datenschutz

#### 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

#### 2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

#### 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

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

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

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

#### 3.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

### 3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

### 3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

### 3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

### 3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

-

**Anlage Patienteninformation**  
zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

## **Strukturierte Behandlungsprogramme**

### **Eine Information für Patienten**

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei Koronarer Herzerkrankung sind, dass

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

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

### **Die medizinische Behandlung**

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

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

Dazu gehören:

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

### **Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm**

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z.B. Koronare Herzkrankheiten und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder,

ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### **Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung**

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

### **Wie können Sie aktiv mitwirken?**

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

### **Was Ihre Krankenkasse für Sie tut**

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

### **Teilnahmevoraussetzungen**

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

### **Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

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

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

## **Anlage Qualitätssicherung**

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL

### Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der 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 DMP-A-RL und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6 der DMP-A-RL.

**Teil 1 (arztbezogene Qualitätssicherung)  
(verantwortlich: Gemeinsame Einrichtung)**

<b>QS-Ziele</b>	<b>QS-Indikatoren</b>	<b>Auswertungs-Algorithmus</b>	<b>Auslöse-Algorithmus</b>	<b>QS-Maßnahme</b>
I. Hoher Anteil normotensiver Patienten bei bekannter Hypertonie	Anteil der Patienten mit RR systolisch $\leq 139$ mmHg und diastolisch $\leq 89$ mmHg bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie  Zielwert: $\geq 60\%$	Zähler: Anzahl von Patienten mit Feld 15 (AD) (Blutdruck) $\leq 139/89$ mmHg  Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	VA: Information über das Feedback
II. Niedriger Anteil rauchender Patienten	a) Anteil rauchender Patienten bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten  Zielwert Nicht festgelegt  b) Anteil rauchender Patienten bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten, die bei Einschreibung geraucht haben  Zielwert: Nicht festgelegt	a) Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“  Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten  b) Zähler Anzahl der Patienten mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“  Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	VA: Information über das Feedback
III. Hoher Anteil von Patienten, die	Anteil der Patienten, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf	Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 6 (ISD) (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	VA: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
Thrombozyten- aggregations- hemmer zur Sekundär- prävention erhalten	alle eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation  Zielwert: ≥ 90 %	Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten ohne Angabe „Kontraindikation“ oder „orale Antikoagulation“ in Feld 6 (ISD) (Thrombozytenaggregationshemmer)		
IV. Hoher Anteil von Patienten, die Betablocker erhalten	Anteil der Patienten, die Betablocker erhalten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikation  Zielwert: ≥ 80 %	Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 7 (ISD) (Betablocker) = „ja“  Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten ohne Angabe „Kontraindikation“ in Feld 7 (ISD) (Betablocker)	Entsprechend dem Zeit- intervall, das der Feedbackbericht erfasst	VA: Information über das Feedback
V. Hoher Anteil von Patienten, die Statine erhalten	Anteil der Patienten, die Statine erhalten, bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten ohne Kontraindikation  Zielwert: ≥ 70 %	Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 9 (ISD) (HMG- CoA-Reduktase-Hemmer) = „ja“  Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten ohne Angabe „Kontraindikation“ in Feld 9 (ISD) (HMG-CoA- Reduktase-Hemmer)	Entsprechend dem Zeit- intervall, das der Feedbackbericht erfasst	VA: Information über das Feedback
VI. Hoher Anteil geschulter Patienten	a) Anteil der Patienten, die an einer Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten mit bekannter Hypertonie  Zielwert:	a) Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ und Feld 12 (ISD) (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme  Nenner:	Entsprechend dem Zeit- intervall, das der Feedbackbericht erfasst	VA: Information über das Feedback



QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p>Nicht festgelegt</p> <p>b) Anteil der Patienten, die an einer Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten mit bekanntem Diabetes mellitus</p> <p>Zielwert: Nicht festgelegt</p>	<p>Alle eingeschriebenen Patienten mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p>b) Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „Diabetes mellitus“ und Feld 12 (ISD) (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „ja“ seit Beginn der DMP-Teilnahme</p> <p>Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten mit Feld 17 (AD) (Begleiterkrankungen) = „Diabetes mellitus“</p>		
VII. Niedriger Anteil von Patienten mit Angina-pectoris-Beschwerden	<p>Anteil von Patienten mit Angina-pectoris-Beschwerden bezogen auf alle eingeschriebenen Patienten</p> <p>Zielwert: Nicht festgelegt</p> <p>Zusätzlich: Darstellung der Verteilung der Patienten mit Angina-pectoris-Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS</p>	<p>Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 1 (ISD) (Angina pectoris) = „ja“</p> <p>Nenner: Alle eingeschriebenen Patienten</p> <p>Zähler: Anzahl der Patienten mit Feld 1 (ISD) (Angina pectoris)</p> <p>a) = „CCS I“ b) = „CCS II“ c) = „CCS III“ d) = „CCS IV“</p> <p>Nenner: Jeweils alle eingeschriebenen Patienten</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	VA: Information über das Feedback

## Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
X. Reduktion des Anteils der rauchenden Patienten	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (AD) (Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung / Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung
XI. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 12 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung(en) und/oder Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr

## Anlage Dokumentation DMP KHK

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

Anlage 2 DMP-A-RL  
Allgemeiner Datensatz

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
<b>Administrative Daten</b>		
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/chronische Herzinsuffizienz
11	(weggefallen) <sup>1,2</sup>	
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich/Unbestimmt/Divers
<b>Allgemeine Anamnese- und Befunddaten</b>		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck <sup>3</sup>	mm Hg
16	Raucher <sup>4</sup>	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/Diabetes mellitus/KHK/AVK/Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	(weggefallen)	
<b>Behandlungsplanung</b>		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

<sup>1</sup>(weggefallen)

<sup>2</sup>(weggefallen)

<sup>3</sup> Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen

<sup>4</sup> Diese Angabe ist ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen.

### Indikationsspezifischer Datensatz (ISD) Koronare Herzkrankheit

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
<b>Anamnese- und Befunddaten</b>		
1	Angina pectoris	Nein/wenn ja: CCS I, CCS II, CCS III, CCS IV
2	(weggefallen)	
2a	LDL-Cholesterin	mg/dl/mmol/l/Nicht bestimmt
<b>Relevante Ereignisse</b>		
3	Relevante Ereignisse <sup>3</sup>	Herzinfarkt/instabile Angina pectoris/Schlaganfall/Nein
4	Diagnostische und/oder koronartherapeutische Intervention <sup>3</sup>	Koronarangiografie/PCI/Bypass-Operation/Keine
5	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen KHK seit der letzten Dokumentation <sup>4 5</sup>	Anzahl
<b>Medikamente</b>		
6	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/orale Antikoagulation
7	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
8	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation <sup>6</sup> /AT1-Rezeptorantagonisten
9	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
10	Sonstige Medikation <sup>7 8</sup>	Ja/Nein
<b>Schulung</b>		
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
<b>Behandlungsplanung</b>		
13	KHK-bezogene Überweisung veranlasst <sup>4</sup>	Ja/Nein
13a	KHK-bezogene Einweisung veranlasst <sup>4</sup>	Ja/Nein
14	(weggefallen)	

<sup>1</sup> (weggefallen)

<sup>2</sup> (weggefallen)

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Einschließlich Herzinsuffizienz.

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

<sup>6</sup> Gilt auch für ACE-Hemmer-Husten.

<sup>7</sup> Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder eines arteriellen Hypertonus.

<sup>8</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß DMP-A-RL hingewiesen werden.

**Anlage Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz**  
zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

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

Dokumentation jedes zweite Quartal	jedes Quartal
<p>KHK-Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• seit mehr als 12 Monaten beschwerdefrei</li> </ul> <p>auch mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• relevanten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie), ausreichend eingestellt</li> </ul> <p>auch mit</p> <p style="padding-left: 40px;">zusätzlicher Herzinsuffizienz bis NYHA I</p>	<p>KHK-Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zustand nach Infarkt und/oder Zustand nach kardialen Ereignis, Interventionen, Operationen innerhalb der letzten 12 Monate und seither beschwerdefrei</li> <li>• Erstdiagnose KHK in den letzten 6 Monaten</li> <li>• Angina Pectoris (typisch oder atypisch) Beschwerden in den letzten 6 Monaten</li> <li>• seit mehr als 12 Monaten beschwerdefrei aber</li> <li>• medikamentöser Neueinstellung in den letzten 6 Monate</li> </ul> <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht ausreichend eingestellten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie)</li> </ul> <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz NYHA II und mehr</li> </ul>

## Anlage Patientenschulung

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

### Patientenschulungen nach § 20 DMP-Vertrag

Im Rahmen dieses Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme in der jeweils gültigen und vom BVA als verwendungsfähig erklärten Auflage zielgruppenspezifisch durchzuführen:

1. Versicherte mit nicht-insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2
  - 1.1. Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (Kronsbein P, Jörgens V Lancet 1988; 2: 1407-1411)
  - 1.2. MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2) (Kulzer B. Diabetes-Journal 2/2001)
  - 1.3. LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung  
Krakow D, Feulner-Krakow G, Giese M, Osterbrink B, Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagement-Schulung. Diabetes Stoffw, 2004, S. 77-89
2. Versicherte mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2
  - 2.1. Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen
    - a) Grüßer M, Röger Ch, Jörgens V. Dtsch Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999, A 1756- 7
    - b) Grüßer M, Hartmann P, Schlottmann N, Jörgens V. Patient Education and Counseling 29 (1996) 123-130
  - 2.2. Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen  
(Kalfhaus J, Berger M: Diabetes and Metabolism 2000, 26, 197)
  - 2.3. Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)
    - a) Pieber TR, Brunner-GA et al: Diabetes Care Vol. 18 No. 5, May 1995
    - b) Mühlhauser I, Bruckner I, Berger M, Chetney V, Jörgens V, Ionescu-Trigviste C, Schloz V, Mincu I: Evaluation of an intensified insulin treatment and teaching program as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. 1987 Diabetologia 30: 681-690
  - 2.4. LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung  
Krakow D, Feulner-Krakow G, Giese M, Osterbrink B: Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbstmanagement-Schulung. Diabetes Stoffw, 2004, S. 77-89
3. Versicherte mit essentieller Hypertonie
  - 3.1. Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
    - a) Heise T, Jennen E, Sawicki P Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm. ZaeFQ 95; 349-55.
    - b) Sawicki PT, Mühlhauser I, Didjureit U et al.: Mortality and morbidity in treated hypertensive type 2 diabetic patients with micro- or macroproteinuria. Diabetic Medicine 1995; 12: 893-8.
  - 3.2. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

Grüßer M, Hartmann P, Schlottmann N, Sawicki P, Jörgens V: Structured patient education for outpatients with hypertension: a model project in Germany. *J Human Hypertension* (1997) 11, 501-6.

- 3.3. Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
  - a) Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE: Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. [Results of an intensive training program for hypertension at the Institute for Preventive Medicine] *Dtsch Med Wochenschr.* 2000 Nov 17; 125(46):1385-9
  - b) Fleischmann EH, Friedrich A, Danzer E, Gallert K, Walter H, Schmieder RE: Intensive training of patients with hypertension is effective in modifying lifestyle risk factors. *J Hum Hypertens* 2004 Feb; 18(2):127-31.
  
4. Versicherte mit Koronarer Herzkrankheit
  - 4.1. Kardio-Fit  
Melamed RJ, Tillmann A, Kufleitner HE, Thürmer U, Dürsch M: Evaluating the efficacy of an education and treatment program for patients with coronary heart disease – a randomized controlled trial. *Dtsch. Arztebl Int* 2014, 111(47): 802-8



## Anlage Vergütung

zum DMP KHK zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen

- (1) Für die vollständig erbrachten Leistungen im Zusammenhang mit der Aufnahme bzw. Einschreibung von Versicherten in das DMP KHK einschließlich der fristgemäßen Übermittlung der vollständigen und plausiblen Dokumentation gemäß Anlage „Dokumentation DMP KHK“ werden folgende Vergütungen vereinbart:

Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte nach § 3 dieses Vertrages	Euro 25,00	SNR 96430
Beratung und Erstellung sowie Versand der Folgedokumentation durch Vertragsärzte nach § 3 dieses Vertrages je Folgedokumentation innerhalb des festgelegten Dokumentationszeitraumes; auch bei Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes	Euro 15,00	SNR 96431

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen schließt eine Abrechnung von Leistungen nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung aus. Bei Erstellung der Dokumentationen ist die Anlage „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ zu berücksichtigen. Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen gem. Anlage „Dokumentation DMP KHK“ unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KVBB innerhalb von 8 Wochen nach Ende des Dokumentationsquartals. Die Krankenkassen erhalten von der Datenstelle die Anzahl der vertragskonformen und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen. Dieser Nachweis ist allein maßgebend zur Berechnung der Zahlungsverpflichtungen der Krankenkasse an die KVBB. Sofern die Datenstelle diesen Nachweis innerhalb der vereinbarten Frist nicht zur Verfügung stellt, sind für die Abrechnung der Leistungen zum DMP KHK ausschließlich die Daten auf dem Behandlungsausweis maßgeblich. Das Nähere regeln die Vertragspartner mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen.

- (2) Patienteninformationen und -beratungen zum DMP im dokumentationsfreien Quartal  
Bei Vorliegen eines halbjährlichen Dokumentationsintervalls wird dem koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 dieses Vertrages für das dokumentationsfreie Quartal eine Pauschale für die Beratung und Information des Versicherten zu strukturierten Behandlungsprogrammen im Land Brandenburg und für die Förderung der aktiven Teilnahme des Versicherten am strukturierten Behandlungsprogramm KHK in Höhe von 12,50 € vergütet (SNR 96434).
- (3) Facharztpauschale  
Für die Information zu den Inhalten und zum Ablauf des DMP, für die zeitnahe Mitbehandlung im Rahmen der in der Anlage „Versorgungsinhalte KHK“ definierten Überweisungsregeln sowie für Informationen über die Möglichkeiten des Versicherten zur Vermeidung von KHK-Risiken bzw. die Erfüllung der in § 4 Abs. 3 genannten Aufgaben erhält der gemäß § 4 dieses Vertrages am DMP KHK teilnehmende mitbehandelnde Facharzt eine zusätzliche jährliche Vergütung in Höhe von 25,00 €. Betreut dieser Facharzt den Versicherten gleichzeitig als koordinierender Vertragsarzt gem. § 3, beträgt die zusätzliche jährliche Vergütung 12,50 €. Die Abrechnung erfolgt über die SNR 96435 einmal kalenderjährlich für jeden am DMP KHK teilnehmenden Versicherten, der von einem koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 des DMP-Vertrages an einen Facharzt gem. § 4 überwiesen oder von diesem Facharzt als koordinierender Vertragsarzt betreut wird, unabhängig von der Behandlungsfrequenz je Facharzt im Kalenderjahr.
- (4) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach § 3 und § 4 dieses

Vertrages durchgeführt werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben. Die Schulungen werden wie folgt vergütet:

		Euro	SNR
Programmierte ärztliche Schulung von Typ 2-Diabetikern ohne Insulinbehandlung	4 Unterrichtseinheiten (UE) Kronsbein, Jörgens bzw.	22,00	96020
	4 UE LINDA ohne Insulin bzw.	25,00	96120
	8 UE MEDIAS 2	22,00	96021
	der Abstand der UE soll 2 Wochen nicht überschreiten, je Patient und UE		
Programmierte ärztliche Schulung von Typ 2-Diabetikern mit Insulinbehandlung	5 UE Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen bzw.	24,00	96022
	5 UE Normalinsulin bzw. 6 UE bei Verzögerungsinsulin bzw.	24,00	96122
	5 UE LINDA mit Insulin bzw.	26,00	96130
	12 UE intensivierete Insulintherapie bzw.	28,00	96023
	12 UE LINDA ICT die in der Regel im Laufe von 4 Wochen erteilt werden, je Patient und UE	27,00	96133
Diabetes-Schulungs-material (Verbrauchsmaterial einschl. Diabetes-Pass)		9,00	96031
Diabetes-Schulungs-material (Verbrauchsmaterial einschl. Diabetes-Pass) für Medias 2-Schulungen		11,00	96032
Hypertonieschulung	4 UE Schulungsprogramm Hypertonie bzw.	23,00	96024
	5 UE HBSP bzw.	23,00	96124
	5 UE IPM je Patient und UE	23,00	96125
Hypertonie-schulungsmaterial		9,00	96033
Kardio-Fit	3 UE je Patient und UE	23,00	96150
Kardio-Fit-Schulungsmaterial (Begleitbuch für Patienten einschl. Bewegungstagebuch)		8,00 €	96039

Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Insgesamt ist der Schulungsstand des Patienten zu berücksichtigen.

Die Schulungen sind je Patient grundsätzlich nur einmal berechnungsfähig;

Nachsulungen, auch in Form von Teilschulungen, sind in der Regel frühestens zwei Jahre nach der letzten Schulung berechnungsfähig und werden mit dem Zusatz „N“ gekennzeichnet. Schulungen bei Änderung der Therapieform sind hiervon nicht betroffen.

- (5) Die Vergütung der Leistungen gemäß dieser Anlage erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.  
Die KVBB sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert mitgeteilt werden. Die Vergütungen aus diesem Vertrag werden unter Angabe der Frequenz der jeweiligen Symbolnummer quartalsweise im Formblatt 3 je Krankenkasse nachgewiesen.