

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Vereinbarung

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

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und den
Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem
BKK Landesverband Süd, Standort Kornwestheim
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der
IKK classic,
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München
Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

Präambel	5
§ 1 Ziele der Vereinbarung	5
§ 2 Geltungsbereich	6
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen des DMP-Arztes	6
§ 4 Aufgaben des DMP-Arztes	7
§ 5 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des jeweils kardiologisch qualifizierten Facharztes bzw. der kardiologisch qualifizierten Einrichtung	8
§ 6 Mitwirkende Ärzte	10
§ 7 Teilnahme von Krankenhäusern	10
§ 8 Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen	10
§ 9 Antrag auf Teilnahme	10
§ 10 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung der KVBW	10
§ 11 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	11
§ 12 Leistungserbringerverzeichnis	11
§ 13 Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK	12
§ 14 Grundlagen und Ziele	14
§ 15 Maßnahmen und Indikatoren	13
§ 16 Durchführung der Qualitätssicherung	13
§ 17 Fortbildung der Ärzte	14
§ 18 Vertragsmaßnahmen	14
§ 19 Teilnahmevoraussetzungen	15
§ 20 Information und Einschreibung	15
§ 21 Teilnahme- und Einwilligungserklärung	16
§ 22 Beginn und Ende der Teilnahme	16
§ 23 Wechsel des DMP-Arztes	17
§ 24 Versichertenverzeichnis	17
§ 25 Versichertenschulung	18
§ 26 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft	18
§ 27 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	18
§ 28 Datenannahme- und -verarbeitungsstelle	19
§ 29 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	20
§ 30 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	20
§ 31 Erst- und Folgedokumentationen	21
§ 32 Datenverwendung	21
§ 33 Datenzugang	22
§ 34 Datenaufbewahrung und -löschung	22
§ 35 Evaluation	22
§ 36 Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen	23
§ 36a Prüfung der Abrechnung (Dokumentationsleistungen)	23

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

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	25
Strukturqualität DMP-Arzt	
Anlage 2	26
Strukturqualität qualifizierter Facharzt	
Anlage 3	29
Versorgungsinhalte Koronare Herzkrankheit	
Anlage 4	39
Antrag des Arztes auf Genehmigung zur Teilnahme	
Anlage 5	46
Leistungserbringerverzeichnis	
Anlage 6	49
Qualitätssicherung	
Anlage 7	60
Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte	
Anlage 8	
- weggefallen -	
Anlage 9	
- weggefallen -	
Anlage 10a	
- weggefallen -	
Anlage 10b	
- weggefallen -	
Anlage 11	67
Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz	
Anlage 12	68
Patientenschulung	
Anlage 13	69
Strukturierter Arztbrief	
Anlage 14	70
Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL	

Erläuterungen

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diese Vereinbarung
- G-BA ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts-
- „KVBW“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- „Vertragsärzte“ sind Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und berechtigt sind, weitere Ärzte anzustellen
- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V
- DS-GVO ist die (Europäische) Datenschutzgrundverordnung
- „Leistungserbringer“ sind Ärzte und angestellte Ärzte
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 3
- „Facharzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 5
- „Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Ziffer 1.7.1 und/oder 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt
- „Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i.S.d. § 7
- „Rehabilitationseinrichtungen“ sind Einrichtungen i.S.d. § 8
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i.S.d. §§ 29, 30
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i.S.d. §§ 26, 27
- „Dokumentationen“ bzw. „Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten in der jeweils gültigen Fassung
- „Koordinierender Arzt“ ist gleichbedeutend mit „DMP-Arzt“
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung

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

Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet, wobei diese jedoch gleichrangig für alle Geschlechter gilt.

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV sowie der DMP-A-RL des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung beruhen, strukturiert werden. Daher schließen die Verbände und die KVBW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Koronarer Herzkrankheit (im Folgenden KHK genannt). Dieser Vertrag tritt am 01.04.2021 geändert mit Wirkung zum 01.05.2022 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag, der zum 01.04.2018, mit Stand der 1. Änderungsvereinbarung vom 24.08.2019, in Kraft getreten ist. Ein erneuter Teilnahmeantrag der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

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

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ I Ziele der Vereinbarung

- (1) Über dieses DMP KHK soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern, den weiteren an der medizinischen Versorgung Beteiligten sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit KHK gewährleistet werden.
- (2) Der Patient soll durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL sowie der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 5 Ziffer 1.3 der DMP-A-RL an:
 1. Reduktion der Sterblichkeit,
 2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
 3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, dass an diesem strukturierten Behandlungsprogramm KHK teilnehmende Versicherte gemäß den im diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandelt und beraten werden. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte der KVBW, die nach Maßgabe des Abschnitts II am Disease-Management-Programm -persönlich oder durch angestellte Ärzte- teilnehmen.
 2. Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
 3. Versicherte weiterer IKKen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt für die weiteren IKKen durch die IKK classic. Soweit eine der weiteren IKKen die DMP-Regelungen dieser Vereinbarung nicht mehr anerkennt, erfolgt eine Information des DMP-Arzt durch die IKK classic.
- (2) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (3) Grundlage dieser Vereinbarung sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Anlagen dieser Vereinbarung, die die Versorgungsinhalte betreffen, entsprechen wortgleich den Nummern 1, 2 und 3 in der Anlage 5 der DMP-A-RL.

Abschnitt II Teilnahme der Ärzte und Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen des DMP-Arzt

- (1) Die Teilnahme der DMP-Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität DMP-Arzt“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen kann ein an der vertragsärztlichen Versorgung und am Programm KHK teilnehmender kardiologisch qualifizierter Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs.7 SGBV an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, DMP-Arzt sein. Die Ausnahmefälle sind möglich, insbesondere wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder die Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 „Strukturqualität qualifizierter Facharzt“ sind - persönlich oder durch angestellte Ärzte - zu erfüllen.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 9 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 10. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich mitgeteilt.
- (6) Bei Teilnehmern, die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind, soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ der bereits gewählte DMP-Arzt diese Funktion auf Wunsch auch im DMP KHK übernehmen. Dies gilt auch für DMP-Teilnehmer, die bereits einen nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt als DMP-Arzt gewählt haben, soweit dieser auch am DMP KHK teilnimmt.
- (7) Die Vertragspartner beachten für die Datenverarbeitung die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO, dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch.

§ 4 Aufgaben des DMP-Arztes

- (1) Zu den Aufgaben der nach § 3 DMP-Ärzte gehören insbesondere:
 1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 13 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL.
 2. die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen der Versicherten gemäß § 20 ,
 3. die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII spätestens bis zum 5. des Folgemonats an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 28 . Der Arzt hat vor der Versendung sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist.
 6. Überweisung zur Auftragsleistung, insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt), Im Übrigen entscheidet der DMP-Arzt nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Überweisung,
 7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,
 8. bei Überweisung/Einweisung therapierelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,

9. bei Wechsel des DMP-Arzt sind dem neuen DMP-Arzt mit Zustimmung des Patienten auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
 10. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
 11. Zusammenarbeit mit kardiologisch qualifizierten Fachärzten gemäß § 5 in der Region,
 12. Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus gemäß § 7 ,
 13. Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der jeweiligen Krankenkasse und Motivation der Versicherten diese wahrzunehmen. Entsprechende Informationen werden ggf. von der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt.
 14. die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP-Fallnummer nach seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden,
 15. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (2) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 15 des Absatz 1 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 „Strukturqualität DMP-Arzt“ bzw. Anlage 2 „Strukturqualität qualifizierter Facharzt“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 5

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

- (1) Die Teilnahme der kardiologisch qualifizierten Fachärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte, die die Voraussetzungen der Anlage 2 „Strukturqualität qualifizierter Facharzt“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - 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 dem Teilnahmeantrag nach § 9 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 10. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 sind der KVBW unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, die Erfüllung der

Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KVBW nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVBW vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

- (5) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören insbesondere:
1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 13 geregelten Versorgungsinhalte; die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVBW entsprechend nachgewiesen ist,
 4. soweit für die Behandlung des Versicherten erforderlich, die Überweisung an andere Fachärzte entsprechend der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 5. die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den DMP-Arzt nach § 3, zur rechtzeitigen Erstellung der erforderlichen Dokumentationen,
 6. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den DMP-Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur rechtzeitigen Erstellung der Dokumentation mit den in Anlage 13 genannten Inhalten zu übermitteln,
 7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7 , unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den DMP-Arzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus, das ggf. auch nicht gemäß § 7 an teilnimmt, erfolgen,
 8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
 9. bei Überweisung an andere Ärzte therapierelevante Informationen, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
 10. Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus nach § 7 ,
 11. Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der jeweiligen Krankenkasse und Motivation der Versicherten diese wahrzunehmen. Entsprechende Informationen werden von der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung gestellt,
 12. grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung (Moderation) an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln,

13. Teilnahme von invasiv tätigen Fachärzten an einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA¹ in der jeweils geltenden Fassung.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 des Absatzes 5 entsprechend. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 6 Mitwirkende Ärzte

Bei der Umsetzung der DMP wirken qualifizierte Ärzte gemäß Anlage 2 mit.

§ 7 Teilnahme von Krankenhäusern

Die Einbindung von Krankenhäusern wird in separaten Verträgen geregelt.

§ 8 Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen

Die Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen wird in separaten Verträgen geregelt.

§ 9 Antrag auf Teilnahme

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

§ 10 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KVBW

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

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Zahnärztinnen und Vertragsärzte sowie zugelassene Krankenhäuser

§ II Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

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

§ I2 Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 5 führt die KVBW ein Verzeichnis (nachfolgend Leistungserbringerverzeichnis). Dieses Leistungserbringerverzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVBW stellt dieses Leistungserbringerverzeichnis den Datenannahmestellen regelmäßig im abgestimmten Format zur Verfügung. Die Datenstelle übermittelt im Auftrag das verarbeitete Leistungserbringerverzeichnis (siehe Anlage 5) auf sicherem Übermittlungsweg in elektronischer Form der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft DMP Baden-Württemberg sowie den Verbänden und der KVBW.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 5 umfasst insbesondere arztbezogen folgende Inhalte:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbracht werden,
 - Arzt- und Betriebsstättennummer und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (3) Über die Krankenhäuser gemäß § 7 und Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 8 führen die Verbände ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis wird der KVBW in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 3 stellen die Krankenkassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (5) Weiterhin werden die Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:

1. den an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzten gemäß den §§ 3 und 5 durch die KVBW sowie den bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen,
2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung, durch die jeweilige Krankenkasse,

Das Verzeichnis ist vollständig zur Verfügung zu stellen. Eine Einschränkung auf die innerhalb eines Landkreises teilnehmenden Leistungserbringer ist zulässig. Die freie Arztwahl darf nicht beeinflusst werden.

Ein Auszug (Kontaktdaten der am DMP teilnehmenden Ärzte) aus dem Leistungserbringerverzeichnis kann von den Vertragspartner zu Informationszwecken auch im Internet auf den jeweiligen Internetseiten veröffentlicht werden.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 13

Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK

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

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 14

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 6 („Qualitätssicherung“) genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Beachtung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V und Anlage 5 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,

3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL - ,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 bis 8,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 15 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Ziffer 2 der Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 6 (Qualitätssicherung) zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung gem. § 29 .
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. § 2 DMP-A-RL insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die DMP-Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; dazu kann auch die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln gehören,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

§ 16 Durchführung der Qualitätssicherung

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

3. beraten die Versicherten zu Maßnahmen nach § 32.
- (4) Die KVBW
1. wertet die ihr gemäß § 28 Absatz 2 übermittelten Dokumentationsdaten arztbezogen aus und setzt daraus resultierende arztindividuelle Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität um,
 2. wird von der Gemeinsamen Einrichtung über die Auswertung und den Versand nach Abs. 2 informiert,
 3. berichtet der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 29 in regelmäßigen Abständen über diese Qualitätssicherung und berücksichtigt die Vorschläge der Gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 17 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß §§ 3 und 5 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Die zu verwendenden Informationsmaterialien stimmen die Vertragspartner in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 29 ab.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach den §§ 3 und 5 (z. B. Praxismanual) dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 29 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (5) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der DMP-A-RL.
- (6) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVBW nachzuweisen.

§ 18 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der DMP-Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 3 und/oder § 5 teilnehmenden Ärzte die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen.
 1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen,
 2. Aufforderung durch die KVBW zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVBW (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),

3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVBW (Ausschluss).

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 19

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien erfüllt sind:
 1. Die Diagnose Koronare Herzkrankheit ist gemäß Nummer 1.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL gesichert.
 2. die einmalige schriftliche Einwilligung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 7) des Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der der Aufbewahrung seiner Daten.
 3. Der Versicherte erhält umfassende, auch schriftliche Informationen
 - über die Programminhalte,
 - über die mit der Teilnahme verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung, insbesondere darüber, dass Befund/Behandlungsdaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs 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,
 - über 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 nach § 76 SGB V ein.

§ 20

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5 Ziffer 3.1 bis 3.2 der DMP-A-RL informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Der DMP-Arzt informiert entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV seine nach § 19 teilnahmeberechtigten Patienten. Der DMP-Arzt kann bei dieser Gelegenheit auf die Möglichkeit der Einschreibung bei den

Krankenkassen nach Absatz 7 verweisen. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 21 bei einem DMP-Arzt einschreiben.

- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 21 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch den behandelnden DMP-Arzt,
 2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 28, entsprechend den Vorgaben nach § 4, weiterleitet.
- (5) Wenn der Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer, der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen. Insbesondere ist eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Chronische Herzinsuffizienz ausgeschlossen.
- (6) Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen möchten, sollen sich für nur einen DMP-Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass sich der Versicherte für jeweils eine Diagnose, für die ein DMP vertraglich vereinbart ist, nur bei einem DMP-Arzt einschreibt. Dies gilt auch beim Wechsel des DMP-Arztes.
- (7) Der Versicherte kann sich auch bei der Krankenkasse in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden können.
- (8) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem jeweiligen Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 21

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 24d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung der Daten erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 7 zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

§ 22

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 20 Absatz 8 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 20 Absatz 3 erstellt wurde.

- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit dem Tag des Zugangs der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP KHK endet weiterhin mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 24 RSAV, weil
 - der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat
 - oder zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet außerdem mit dem Tag
 - der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V
 - des Zugangs des Widerrufs bei der Krankenkasse bei Widerruf der Einwilligungserklärung
 - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit der Versicherten zu einer Krankenkasse vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann ihre Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 24 RSAV entsprechend).
- (5) Die jeweilige Krankenkasse informiert den Versicherten, den DMP-Arzt und die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 19 vorliegen.

§ 23 Wechsel des DMP-Arztes

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

§ 24 Versichertenverzeichnis

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

Abschnitt VI Schulungen

§ 25 Versichertenschulung

- (1) Die Krankenkassen informieren anhand einer Patienteninformation ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Darin werden auch vertraglich vereinbarte Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm gemäß Anlage 12. Diese vom BAS akkreditierten Schulungsprogramme sind hierbei in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage zu verwenden. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlage 12 „Patientenschulung“ hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 10.
- (4) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 3 „Versorgungsinhalte“ einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen auf Inhalte, die der RSAV bzw. der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII Arbeitsgemeinschaft/Datenannahme- und -verarbeitungsstelle/Gemeinsame Einrichtung

§ 26 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

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

§ 27 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 RSAV insbesondere die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVBW und die nach § 29 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 28 mit der Durchführung der in § 28 Abs. 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 28 Datenannahme- und -verarbeitungsstelle

- (1) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine Datenannahme- und -verarbeitungsstelle.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 26 beauftragt die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle zur:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 29 und die KVBW.
 4. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL.
- (3) Die Krankenkassen beauftragen die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 2. Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben,
 3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
 4. Entgegennahme und unmittelbare Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungs-erklärung unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (4) Der DMP-Arzt beauftragt die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle 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 entsprechenden Stellen,
 3. Übermittlung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
- (5) Zur Erfüllung der in Absatz 4 genannten Aufgaben genehmigt der DMP-Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag nach § 9 die mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle geschlossenen Verträge.
- (6) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 wird mit der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X, die Bestandteile dieser Vereinbarung sind, geregelt. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle zu einem späteren Zeitpunkt mit noch zu bestimmenden Aufgaben der Datenaufbereitung beauftragen kann. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X notwendigen Verträge dem BAS unmittelbar übermittelt.

§ 29 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 25 der RSAV zur Erfüllung der Aufgaben nach Anlage 5 der DMP-A-RL. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 30 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die Qualitätssicherung des Programmablaufs zur Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Aufbereitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL in einer für die Verlaufsbetrachtung des Programms geeigneten Form;
 2. die regelmäßige Evaluation der Umsetzung des Vertrags anhand der nach Nr. 1 aufbereiteten Daten, insbesondere unter der Fragestellung, ob
 - die Dokumentationsqualität ausreichend ist,
 - die Anforderungen an die Behandlung von teilnehmenden Ärzten beachtet werden
 - die aktive Teilnahme der Versicherten ausreicht;
 3. die Entgegennahme der regelmäßigen Berichte der KVBW über die Ergebnisse der arztbezogenen Qualitätssicherung gemäß § 16 Abs. 4 sowie der Krankenkassen über die Ergebnisse der versichertenbezogenen Erinnerungsmaßnahmen gemäß § 16 Abs. 3 in pseudonymisierter summarischer Darstellung.
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V. m. § 6 DMP-A-RL.
 5. die Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Erinnerungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- (2) Darüber hinaus obliegt der Gemeinsamen Einrichtung die Beschlussfassung zur Verwendung von bewerteten Leistungsdaten der Krankenkassen ohne Versichertenbezug für weitere Auswertungen, insbesondere zu individuellen medizinischen Auffälligkeiten. Die Krankenkassen stellen die hierzu erforderlichen Daten, soweit verfügbar, bereit.
- (3) Die Partner der Gemeinsamen Einrichtung stimmen schriftliche Unterlagen ab:
 1. Information der Versicherten nach §§ 20 Abs. 1; 25 Abs. 1 und 32 Abs.1 Nr. 3,
 2. Erinnerungsmaßnahmen nach § 16 Abs. 3,
 3. Information der Ärzte nach § 17 Abs. 1.

Abschnitt VIII **Datenfluss und Datenverwendung**

§ 31§ **Erst- und Folgedokumentationen**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL (Erst- bzw. Folgedokumentation) 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 Ärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.
- (2) Der DMP-Arzt legt, unter Beachtung der Anlage 11 „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“, in seinen Dokumentationen entsprechend der Ausprägung der KHK fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

§ 32 **Datenverwendung**

- (1) Die nach § 28 Abs. 3 an die Krankenkassen weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL werden von den Krankenkassen nur für folgende Zwecke genutzt:
 1. schriftliche Information von Versicherten nach §§ 20 Abs. 1 und 25 Abs.1
 2. schriftliche Information von Versicherten nach § 16 Abs. 3 zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation
 3. ergänzende Informationen der Versicherten über Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen sowie Beratungs- und Schulungsangebote gemäß Abs. 2
 4. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 der RSAV
- (2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 erfolgen unter Beachtung folgender Regelungen:
 1. Maßnahmen der Krankenkassen ohne Benehmens Herstellung mit dem DMP-Arzt
 - allgemeine Information (Broschüren) über KHK bzw. Begleiterkrankungen,
 - Gesundheitsangebote der Krankenkassen, insbesondere zu Ernährung und Bewegung, sowie Raucherentwöhnung,
 - Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 der RSAV,
 - Erinnerung an einen Arztbesuch.
 2. Maßnahmen der Krankenkassen im Benehmen mit dem DMP-Arzt
 - Angebot einer Patientenschulung oder (modularer) Nachschulung, z.B. Hypertonie,
 - Erstellung eines Rehabilitationsplanes nach dem SGB IX,
 - Angebot einer individuellen Beratung über weitere Leistungen der Krankenkassen unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds,

- Angebote zur psychosozialen Betreuung.
- (3) Die Regelungen zur Datenverwendung gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms bis zum Ende der in § 34 genannten Aufbewahrungsfrist.
- (4) Der teilnehmende Versicherte wird durch das Aushändigen einer Mehrfertigung der Dokumentation über die übermittelten Daten unterrichtet.

§ 33 Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenannahme- und –verarbeitungsstelle, Gemeinsame Einrichtung, KVBW und an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.

§ 34 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten werden von der Arbeitsgemeinschaft oder der Datenannahme- und -verarbeitungsstelle gemäß der DMP-A-RL zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V archiviert. Gleiches gilt für die Daten, die an die Gemeinsame Einrichtung, die KVBW und die Krankenkassen übermittelt werden. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages.

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. §5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. §5 Abs. 2a DMP-A-RL.

Abschnitt IX Evaluation

§ 35 Evaluation

Die Evaluation nach §137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung der jeweils gültigen Regelungen der DMP-A-RL.

Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt X **Vergütung und Abrechnung**

§ 36 **Ärztliche Leistungen und Sondervergütungen**

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

§ 36a **Prüfung der Abrechnung** **(Dokumentationsleistungen)**

- (1) Die Datenstelle nach § 28 übermittelt der KVBW quartalsweise zwei Arbeitstage nach Ablauf des Verfristungszeitraums gem. § 24 Abs. 2 Nr. 2.c) i.V.m. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1.a) der RSAV sowie der DMP-A-RL einen Nachweis aller im Quartal eingegangenen Dokumentationen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung. Die Parameter, die in diesem Nachweis enthalten sein müssen, sind in Anlage 14 (Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL) festgelegt.
- (2) Die Datenstelle nach § 28 stellt der KVBW diesen Nachweis quartalsweise zu dem in Abs. 1 vereinbarten Termin in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Die Details der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen (genauer Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart.
- (3) Die Verbände informieren die KVBW unverzüglich über Fehler und / oder Unregelmäßigkeiten bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen.
- (4) Die KVBW verwendet die übermittelten Gültigkeitsinformationen gemäß Anlage 14 zur Prüfung der Abrechnung derjenigen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach den DMP-Vereinbarungen haben. Stimmen die übermittelten Gültigkeitsinformationen nicht mit den abgerechneten Leistungen überein, erfolgt eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung durch die KVBW. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch die Umsetzung dieser Abrechnungsprüfung grundsätzlich keine Notwendigkeit von Prüfanträgen gem. § 106d SGB V für beregelte Quartale besteht. Sollte es dennoch zu Prüfanträgen einzelner Kassen kommen, setzen sich die Vertragspartner zeitnah zusammen, um die Gründe hierfür zu erörtern und gegebenenfalls die daraus resultierenden Anpassungen an den Prozessen vorzunehmen. Kann eine quartalsgleiche Prüfung nicht durchgeführt werden, legen die Vertragspartner das weitere Vorgehen fest.
- (5) Die KVBW stellt das Ergebnis Ihrer Abrechnungsprüfung (Regelwerkstreffer und Berichtigungsvolumen, *separat nach Prüfthema*) den Verbänden bis spätestens Ende des dritten Folgemonats *nach dem Abrechnungsquartal im Excel-Format* zur Verfügung.
- (6) Die KVBW haftet nicht für Fehler und / oder Unregelmäßigkeiten der Datenstelle nach § 28 bei der Übermittlung der Gültigkeitsinformationen.

Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

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

§ 38 Haftung

Eine Haftung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für etwaige den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen.

§ 39 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2021 geändert mit Wirkung zum 01.05.2022 in Kraft und ersetzt den Vertrag, der am 01.04.2018, mit Stand der 1. Änderungsvereinbarung vom 24.08.2019, in Kraft getreten war. Ein erneuter Teilnahmeantrag bzw. Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-ARL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei wichtigem Grund insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung der Programme durch das BAS kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 40 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlage 1

Strukturqualität DMP-Arzt

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

Voraussetzung	Zeitpunkt/Häufigkeit
Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung und/oder Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme
Möglichkeit, Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards durchzuführen	- bei Beginn der Teilnahme
Möglichkeit zur Basisdiagnostik der KHK, mindestens: <ul style="list-style-type: none">▪ Mehrkanal EKG mit 12 Ableitungen▪ Belastungs-EKG in Eigenleistung oder per Auftragsleistung insbesondere durch andere am DMP teilnehmende Ärzte unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie*▪ Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann, in Eigen- oder Fremdlabor.	- bei Beginn der Teilnahme
KHK-spezifische, durch die Landesärztekammer zertifizierte Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel	In regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich

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

Anlage 2

Strukturqualität qualifizierter Facharzt

Als kardiologisch qualifizierter Facharzt gem. § 5 dieser Vereinbarung teilnehmen können: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie Ärzte in einer qualifizierten Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die an der ambulanten Versorgung teilnimmt. Die Voraussetzungen dieser Anlage sind persönlich oder durch angestellte Ärzte zu erfüllen. Der Wegfall der Voraussetzungen ist der KV Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen. Die Strukturqualität muss zu Beginn der Teilnahme nachgewiesen werden. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 10.

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

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
<p>Kardiologe zur nicht-invasiven Diagnostik und Therapie der KHK</p>	<p><u>Allgemeine Voraussetzungen:</u></p> <p>Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme</p> <p><u>Fachliche Voraussetzungen:</u></p> <p>a) Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“</p> <p>b) Facharzt für Innere Medizin mit der Genehmigung zur Durchführung echokardiographischer Leistungen nach dem B-/M-Mode-Verfahren, Doppler-Echokardiographie [PW-/CW-Doppler, Duplex-Verfahren mit Farbcodierung]) und Belastungsechokardiographie gem. der aktuell gültigen Qualitätssicherungsvereinbarung zur Ultraschalldiagnostik gem. § 135 Abs. 2 SGB V</p> <p>oder</p> <p>c) Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zugelassen sind und aufgrund der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V von der KV Baden-Württemberg die die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel Kardiologie des EBM erhalten haben.</p> <p>Regelmäßige KHK-spezifische Fortbildung zertifiziert durch die Landesärztekammer, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens einmal jährlich.</p> <p><u>Organisatorische Voraussetzungen und Geräte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards ▪ 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards ▪ Qualitätsgesicherte EKG- und Langzeit-EKG-Durchführung

Anlage 2

Strukturqualität qualifizierter Facharzt

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie¹ ▪ Echokardiographie unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Ausstattung gem. den Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie² und dem Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Echokardiographie gegenüber der KV Baden-Württemberg (für Ärzte mit den fachl. Voraussetzungen gem. Buchstabe a und c ggf. als Auftragsleistung), ▪ Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann, in Eigen- oder Fremdlabor. ▪ Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax ggf. per Auftragsleistung ▪ Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierbaren Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)³. Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, ist die Genehmigung der KV Baden-Württemberg erforderlich.
Kardiologe mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen ⁴ (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen)	<p><u>Allgemeine Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information und Kenntnisnahme durch das Praxismanual zu Beginn der Teilnahme <p><u>Fachliche Voraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“ ▪ Genehmigung⁴ zur Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen) der KV Baden-Württemberg ▪ Regelmäßige KHK-spezifische durch die Landesärztekammer zertifizierte Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens einmal jährlich ▪ Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierbaren Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)⁵. Sofern die Funktionsanalyse

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

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

³ Gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle)

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

⁵ Gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle)“

Anlage 2

Strukturqualität qualifizierter Facharzt

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, ist die Genehmigung der KV Baden-Württemberg erforderlich.

Weitere mitwirkende Fachärzte gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung

Hypertonie	In der Hypertoniebehandlung qualifizierter Facharzt für Innere Medizin
Depression, psychiatrische und psychotherapeutische Mitbehandlung	In der Behandlung psychischer Erkrankungen qualifizierter <ul style="list-style-type: none">▪ Arzt, mit der Zusatzqualifikation Psychotherapie, oder▪ Facharzt für psychotherapeutische Medizin, oder▪ psychologischer Psychotherapeut, oder▪ Facharzt für Psychiatrie

Anlage 3

Versorgungsinhalte koronare Herzkrankheit

Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)

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

1.1 Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK)

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

1.2 Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe

Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose einer chronischen KHK können ins DMP eingeschrieben werden. Unter folgenden Bedingungen gilt die Diagnose als für eine Einschreibung mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit gesichert:

- bei Vorliegen einer typischen Konstellation aus Symptomatik, Anamnese, körperlicher Untersuchung, Begleiterkrankungen und Hinweisen auf eine myokardiale Ischämie (reversibel oder irreversibel) oder pathologische Befunde in nicht-invasiven Untersuchungsverfahren oder
- durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen unter Nummer 1.5.5.1) oder
- bei einem akuten Koronarsyndrom in der Vorgeschichte.

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 Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

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 Individuelle Therapieplanung und ärztliche Kontrolluntersuchungen

Gemeinsam mit der Patientin oder mit dem Patienten prüft die Ärztin oder der Arzt, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Nummer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit haben ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, welches sich aus dem Schweregrad der Erkrankung und den individuellen Risikofaktoren ergibt. Dazu gehören Geschlecht, familiäre Prädisposition und beeinflussbare Risikofaktoren wie zum Beispiel Übergewicht, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, linksventrikuläre Funktionsstörung und Rauchen.

Es sollen individuelle Therapieziele, z. B. in Bezug auf Blutdruck, Gewicht Nikotinverzicht, körperliche Aktivität, Ernährung-sowie Stoffwechselfparameter vereinbart werden.

Im Rahmen der Verlaufskontrolle wird der klinische Status der Patientinnen und Patienten überprüft. Dabei sollen insbesondere die Erfassung der Symptomschwere (nach der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society, CCS) sowie die Kontrolle der kardialen Risikofaktoren erfolgen und auf Hinweise für mögliche Komplikationen der KHK (z. B. Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen) geachtet werden. Die individuell vereinbarten Therapieziele sollen überprüft und wenn notwendig angepasst werden.

Indikation und Wirksamkeit der medikamentösen Therapie und die Therapieadhärenz sollen überprüft werden. Anpassungen sind je nach individueller Konstellation zu erwägen. Weitere Maßnahmen des Medikamentenmanagements sind unter Nummer 1.5.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation beschrieben.

In mindestens jährlichen Abständen sollten je nach individueller Risikokonstellation Kontrollen von entsprechenden Laborparametern erfolgen (z. B. geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR), Blutzucker, Lipide).

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Allgemeine Maßnahmen

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. Normalgewichtigen und übergewichtigen Patientinnen und Patienten ($BMI \leq 30$) sollte empfohlen werden, eine Gewichtszunahme zu vermeiden.

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.
- Ausstiegsbereite Raucherinnen und Raucher sollen wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete, vom Patienten selbst zu tragende Medikamente.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliche Aktivität

Alle Patientinnen und Patienten sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden. Dies beinhaltet Alltagsaktivitäten (z. B. Gartenarbeit, Treppensteigen, Spaziergehen) und sportliches Training. Diese Interventionen sollen so ausgerichtet sein, dass die Patientinnen und Patienten motiviert sind, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren Lebensstil zu integrieren. Planung und Intensität der körperlichen Aktivität sind an die individuelle Belastbarkeit der Patientin oder des Patienten anzupassen.

Allen Patientinnen und Patienten, insbesondere denjenigen mit erhöhtem Risiko (z. B. Z. n. akutem Koronarsyndrom (ACS) < 12 Monate, Z. n. ICD/CRT Implantationen, $LVEF \leq 40\%$), soll die Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen unter Berücksichtigung der Gesamtsituation empfohlen werden.

Anlage 3

Versorgungsinhalte koronare Herzkrankheit

Bei stabiler kardiovaskulärer Erkrankung (niedriges Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung) soll moderates bis anstrengendes aerobes Training für mindestens 2 Stunden in der Woche empfohlen werden. Dies kann auf tägliche Bewegungseinheiten von mindestens 30 Minuten Dauer (z. B. zügiges Gehen) verteilt werden. Zusätzlich soll mindestens 2x wöchentlich Krafttraining durchgeführt werden.

1.5.1.4 Psychosoziale Aspekte

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. Die Erhebung dieser Faktoren ist insbesondere zur Klärung möglicher Barrieren in Bezug auf eine Umstellung des Gesundheitsverhaltens sowie für die Medikamenten-Adhärenz von entscheidender Bedeutung, um bei weitergehendem Bedarf gezielte Hilfestellungen zu geben.

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

1.5.1.5 Schutzimpfungen

Patientinnen und Patienten mit KHK sollen Schutzimpfungen nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (SI-RL) in der jeweils geltenden Fassung empfohlen werden.

1.5.2 Umgang mit Ko- /Multimorbidität

1.5.2.1 Arterielle Hypertonie

Bei allen Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit soll der Blutdruck regelmäßig kontrolliert werden. Eine bestehende arterielle Hypertonie bei Werten über 140/90 mmHg soll konsequent behandelt werden. Anzustreben ist bei Patientinnen und Patienten ein Blutdruckwert mindestens von systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation der Patientin bzw. des Patienten (z. B. Alter, Begleiterkrankungen) können individuelle Abweichungen erforderlich sein.

1.5.2.2 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.

1.5.2.3 Psychische Komorbiditäten

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Depression, 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.

1.5.3 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.

1.5.3.1 Prognoseverbessernde Therapie

1.5.3.1.1 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 nach einem akuten Koronarsyndrom ist in der Regel bis zu einem Jahr indiziert – gefolgt von einer Dauertherapie mit Acetylsalicylsäure.

Bei interventionellen und operativen koronaren Eingriffen ist die erforderliche Thrombozytenaggregationshemmung abhängig von der Art der Intervention. Die interventionell oder operativ tätigen Ärztinnen und Ärzte 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.

Eine Unterbrechung der antithrombozytären Therapie insbesondere nach perkutaner Koronarintervention (PCI) oder ACS sollte vermieden werden. Im Einzelfall ist die Notwendigkeit einer Unterbrechung, (z. B. perioperativ) mit Blick auf Nutzen und Risiko mit den beteiligten Fachdisziplinen abzuwägen.

1.5.3.1.2 Lipidsenker

Alle Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK sollen unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten dauerhaft 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.

Es soll entweder eine feste Hochdosistherapie (unabhängig vom LDL-Wert) oder eine Zielwertstrategie gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart werden.

Bei Nebenwirkungen unter Statinen soll durch Reduzierung der Dosis oder Umsetzung auf ein anderes Statinpräparat die Weiterführung der Behandlung versucht werden.

Anlage 3

Versorgungsinhalte koronare Herzkrankheit

Ezetimib kann Patientinnen und Patienten mit KHK angeboten werden um hohe Statindosen zu vermeiden, wenn die LDL-Cholesterinzielwerte unter niedrigen Dosen nicht erreicht werden.

1.5.3.1.3 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 systolischen Herzinsuffizienz, mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion oder einer chronischen Nierenerkrankung einhergeht. Im Falle einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit (insbesondere ACE-Hemmer bedingter Husten) können Angiotensinrezeptorblocker (ARB) eingesetzt werden. ARB werden hingegen nicht als Alternative empfohlen für Patientinnen und Patienten, bei denen unter ACE-Hemmer ein Angioödem aufgetreten ist.

1.5.3.1.4 Betarezeptorenblocker (Betablocker)

Nach akutem Myokardinfarkt, sollten Patientinnen und Patienten für mindestens ein Jahr mit Betarezeptorenblocker behandelt werden. Bei Vorliegen weiterer klinischer Indikationen (z. B. eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion, systolische Herzinsuffizienz, Hypertonus, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris) sollte die Therapie mit Betarezeptorenblockern fortgeführt werden.

1.5.3.2 Symptomatische Therapie und Prophylaxe der Angina pectoris

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

Da sich antianginöse Medikamente bezüglich ihrer Effekte auf kardiovaskuläre Ereignisse in Abhängigkeit von den Komorbiditäten der Patientin oder des Patienten unterscheiden, sind diese Komorbiditäten bei der Auswahl der antianginösen Therapie zu berücksichtigen.

Für die antianginöse Dauertherapie der chronischen KHK stehen Betarezeptorenblocker, Nitrate oder Kalzium-Antagonisten unter Beachtung der jeweiligen Kontraindikationen zur Verfügung.

1.5.4 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

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

Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche von der Patientin oder 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.

Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V informiert.

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.

1.5.5 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. ³Die Durchführung der diagnostischen und gegebenenfalls therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

1.5.5.1 Koronarangiografie

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

- bei Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom,
- bei Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) trotz medikamentöser Therapie,
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris – unabhängig von der Schwere – mit Hochrisikomerkmalen bei der nicht-invasiven Vortestung,
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris, die einen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris und neu aufgetretenen Symptomen einer Herzinsuffizienz.

1.5.5.2 Interventionelle und operative Koronarrevaskularisation

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

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

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

1.6 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.

1.6.1 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

Anlage 3

Versorgungsinhalte koronare Herzkrankheit

gemäß Ziffer 1.6.2 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.

1.6.2 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:

- erneute oder zunehmende Angina pectoris-Beschwerden,
- neu aufgetretene oder zunehmende Herzinsuffizienz,
- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
- unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
- Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten (zum Beispiel Niereninsuffizienz, Depression),
- Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (zum Beispiel Klappenvitien),
- Klärung der Indikation einer invasiven Diagnostik und Therapie oder
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie.

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

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

- Verdacht auf akutes Koronarsyndrom oder
- 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.

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Die Ärztin oder der Arzt soll mit der Patientin oder dem Patienten prüfen, ob eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist.

Die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation ist, soweit kein akutmedizinischer Handlungsbedarf besteht, insbesondere zu erwägen:

- bei limitierender Symptomatik (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände) trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- bei ausgeprägtem und unzureichend eingestelltem Risikoprofil,
- bei ausgeprägter psychosozialer Problematik,
- bei drohender Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- bei drohender Pflegebedürftigkeit.

Sofern nach akutem Koronarsyndrom (oder nach koronarer Bypass-Operation) keine Anschlussrehabilitation stattgefunden hat, soll eine Rehabilitation empfohlen werden.

Nach elektiver PCI kann in ausgewählten Fällen insbesondere bei ausgeprägtem kardiovaskulärem Risikoprofil und besonderen psychosozialen Risikofaktoren eine Rehabilitation empfohlen werden.

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:

Laufende Nummer	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck unter 140/90mmHg bei bekannter Hypertonie.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruck systolisch ≤ 139 mmHg und diastolisch ≤ 89 mmHg bei bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie.
2	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation.
3	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate, die aktuell einen Betablocker erhalten.	Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate und ohne Kontraindikation gegen Betablocker: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die aktuell einen Betablocker erhalten.
4a	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Statine erhalten.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Statine erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation.
4b	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine leitliniengerechte Statintherapie erhalten.	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Statintherapie: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine leitliniengerechte Statintherapie (feste Hochdosis- oder Zielwert-Strategie) erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
5	Niedriger Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer.	1. Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer. 2. Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben.

Anlage 3

Versorgungsinhalte koronare Herzkrankheit

6	Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei Einschreibung ungeschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer.
7	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne Angina pectoris-Beschwerden.	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne Angina pectoris-Beschwerden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer (zusätzlich: Darstellung der Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS).
8	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern die regelmäßig sportliches Training betreiben.	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die regelmäßig sportliches Training betreiben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen sportliches Training möglich ist.

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

Versicherte mit manifester koronarer Herzkrankheit (KHK) können in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 genannten Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe erfüllen.

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 die behandelnde Ärztin oder 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.

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2020 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

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 (KHK-relevanten) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Alle Patientinnen und Patienten, die davon profitieren können, sollen Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

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 1.5.3.

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

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Antrag

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

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

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragstellung oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

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

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

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

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



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

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

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

Ich erfülle folgende Voraussetzungen:
(Nachweise sind entsprechend beizufügen, sofern sie der KVBW nicht vorliegen)

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

Organisatorische/Apparative Voraussetzungen

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

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

- nicht invasiv
Voraussetzungen unter I.
- invasiv
Voraussetzungen unter II.

I. Voraussetzungen nicht invasiv tätiger kardiologisch qualifizierter Arzt:

- Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kardiologie“ (gem. Anlage 2, fachliche Voraussetzungen Buchstabe a) der Vereinbarung DMP KHK)
oder
- Facharzt für Innere Medizin mit der Genehmigung zur Durchführung von echokardiographischen Leistungen nach dem B-/M-Mode-Verfahren, Doppler-Echokardiographie und Belastungs-Echokardiographie (gem. Anlage 2, fachliche Voraussetzungen Buchstabe b) der Vereinbarung DMP KHK)
oder
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und mit Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel Kardiologie (Abschnitt 13.3.5) des EBM aufgrund der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform

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

des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V (gem. Anlage 2, fachliche Voraussetzungen Buchstabe c) der Vereinbarung DMP KHK).

II. Voraussetzung invasiv tätiger kardiologisch qualifizierter Arzt:

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

Zusätzlich erforderlich:

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

3. Ausnahmefall für den kardiologisch qualifizierten Arzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung der Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist (Voraussetzung unter Ziffer 2 werden erfüllt) gemäß § 3 Abs. 3 der o. g. Vereinbarung

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

Organisatorische/Apparative Voraussetzungen (nicht invasiv)

- Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- Qualitätsgesicherte EKG- und Langzeit-EKG-Durchführung
- Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie²
- Echokardiographie unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Ausstattung gemäß der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie und dem Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Echokardiographie³ gegenüber der KV Baden-Württemberg (für Ärzte mit den fachlichen Voraussetzungen gem. Buchstabe a) und c) der Anlage 2 der Vereinbarung DMP KHK ggf. als Auftragsleistung)
- Laborchemische Untersuchungen im Eigen- oder Fremdlabor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann
- Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax ggf. als Auftragsleistung
- Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierbaren Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)⁴ sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, ist die Genehmigung der KV Baden-Württemberg erforderlich.

Organisatorische/Apparative Voraussetzungen (invasiv)

- Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierbaren Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)⁴, sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, ist die Genehmigung der KV Baden-Württemberg erforderlich.

² Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löllgen: Z. Kardiol. 89(2000),821-837

³ Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung Z. Kardiol 86: 387-403 (1997)

⁴ Gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle)

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

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

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

A. Fortbildungen

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

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

B. Erklärungen / Beauftragungen / Aufgaben

B.1 Kenntnisnahme **Praxismanual**

Das Praxismanual finden Sie auf unserer Homepage (www.kvbawue.de) unter:

www.kvbawue.de → Praxis → Qualitätssicherung → Genehmigungspflichtige Leistungen → DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

B.2 Beauftragung **Datenannahme- und -verarbeitungsstelle**

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

Zusätzlich stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis zu.

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

- Beachtung der in § 13 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL.
- Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen der Versicherten gemäß § 20 der Vereinbarung
- die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII spätestens bis zum 5. des Folgemonats an die Datenannahme- und -verarbeitungsstelle nach § 28 . Der Arzt hat vor der Versendung sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

- Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, sofern eine Qualifikation nachgewiesen wurde
- Überweisung zur Auftragsleistung, insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt), Im Übrigen entscheidet der DMP-Arzt nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Überweisung
- eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7 bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen Übermittlung bzw. Anforderung therapierelevanter Informationen bei Überweisungen/Einweisungen, wie z.B. die medikamentöse Therapie
- bei Überweisung/Einweisung therapierelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
- Übermittlung aller Patientendaten nach Anforderung und nach Zustimmung des Patienten an den neuen DMP- Arzt bei einem Wechsel des DMP- Arztes
- Eventuelle Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme und die dazugehörige Antragsstellung über die Krankenkasse, insbesondere bei unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.
- Zusammenarbeit mit kardiologisch qualifizierten Fachärzten (gemäß § 5 der o.g. Vereinbarung) in der Region und Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus (gemäß § 7 der o.g. Vereinbarung)
- Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der jeweiligen Krankenkasse und Motivation der Versicherten diese wahrzunehmen.
- die Vergabe einer nur einmal zu vergebenden DMP- Fallnummer nach Wahl des DMP-Arztes für jeden Versicherten (max. sieben Zeichen). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentation, Verschlüsselung der Dokumentationen vor der Übermittlung mit einem von der KBV zertifizierten Programm, Verpflichtung des DMP-Arztes die Software gem. des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

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

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

- Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 13 geregelten Versorgungsinhalte; die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung,
- Beachtung der Qualitätsziele nach § 14 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
- Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 25, sofern eine Qualifikation nachgewiesen wurde
- Soweit erforderlich: Überweisung – nach pflichtgemäßem Ermessen - an andere Fachärzte entsprechend der Anlage 2 (Strukturqualität qualifizierter Facharzt) gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
- Übermittlung therapierelevanter Informationen an den DMP- Arzt, zur rechtzeitigen Erstellung der erforderlichen Dokumentationen, bei Rücküberweisung zusätzlich unter Berücksichtigung der in der Anlage 13 genannten Inhalte.

- eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus gemäß § 7 bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den DMP-Arzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus, das ggf. auch nicht gemäß § 7 teilnimmt, erfolgen,
- Übermittlung bzw. Anforderung therapierelevanter Informationen bei Überweisungen/Einweisungen, wie z.B. die medikamentöse Therapie
- Zusammenarbeit mit dem nächstgelegenen Krankenhaus nach § 7 dieser Vereinbarung,
- bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX
- Kenntnisse über die Gesundheitsangebote und sozialdienstlichen Angebote der jeweiligen Krankenkasse und Motivation der Versicherten diese wahrzunehmen
- grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung (Moderation) an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln,
- Teilnahme an einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA⁵ in der jeweils geltenden Fassung.

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

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

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

B.6 **Datenschutz**

- Die Vertragspartner beachten für die Datenverarbeitung die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO, dem Bundesdatenschutzgesetz, dem Landesdatenschutzgesetz und dem Sozialgesetzbuch.

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren.

Hinweis

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

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

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

Anlage 5

Leistungserbringerverzeichnis

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

Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

A = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V [1. Ebene]

B = Vertraglich eingebundener Facharzt, welcher nicht-invasiv tätig ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [2. Ebene]

C = Vertraglich eingebundener Facharzt, welcher invasiv tätig ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [2. Ebene]

E = Ärzte, ausschließlich schulend (Diese Angabe kann im DMP KHK nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.)

Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

- Zulässige Mehrfachnennungen: „A,B“ und „B,C“
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt.
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „E“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht

04 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen

05 = MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2)

06 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen

07 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen

08 = Diabetes II im Gespräch

09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

10 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)

13 = Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

Anlage 5

Leistungserbringerverzeichnis

14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

15 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)

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

20 = Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen

21 = DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen) – nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM2

22 = Blutglukosewahrnehmungstraining BGAT III – deutsche Version

23 = HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)

24 = INRatio Gerinnungsselbstmanagement: Strukturiertes Behandlungsprogramm für Patienten unter oraler Antikoagulation (SPOG2) *[Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis 22.08.2018]*

25 = SGS (Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm)

26 = SGS - Türkische Fassung – nur als Ergänzung zu einem deutschsprachigen Schulungsprogramm für DM2

30 = MEDIAS 2 ICT

31 = PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie

33 = Bewegung und Sport bei Diabetes

39 = Kardio-Fit

40 = MEDIAS 2 BOT+SIT+CT für Menschen mit Typ 2-Diabetes und einer nicht-intensivierten Insulintherapie

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebene „A“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebenen „B“ und „C“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebenen „B“ und „C“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ oder „C“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

Anlage 5

Leistungserbringerverzeichnis

- Ärzte der Versorgungsebene „E“ sind ausschließlich schulend tätig. Im Feld Berechtigung sind das Kennzeichen „02“ (Arzt koordiniert nicht) und die Schulungsberechtigungen anzugeben.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis**	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungsebene*	Berechtigung*

* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.

Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

** Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.

Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).

Anlage 6

Qualitätssicherung

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

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck unter 140/90mmHg bei bekannter Hypertonie	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruck systolisch kleiner gleich 139 mmHg und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg bei bekannter Hypertonie an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 65%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
II. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 80% Teilnehmer</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und 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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monaten, die aktuell einen Betablocker erhalten	Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate und ohne Kontraindikation gegen Betablocker: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die aktuell einen Betablocker erhalten. <u>Zielwert:</u> größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 7 ISD (Betablocker) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3a ISD (Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate) = „Ja“ UND NICHT Feld 7 ISD (Betablocker) = „Kontraindikation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. a) Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Statine erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Statine erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation. <u>Zielwert:</u> größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 9a ISD (Aktuelle Statin Dosis) = „Hoch“ ODER „Moderat“ ODER „Niedrig“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT Feld 9a ISD (Aktuelle Statin Dosis) = „Kontraindikation“ gegen Statin	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<p>IV b. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine leitliniengerechte Statintherapie erhalten</p>	<p>Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Statintherapie: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine leitliniengerechte Statintherapie (feste Hochdosis- oder Zielwert-Strategie) erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 80 %</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit</p> <p>Feld 9a ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Hoch“</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 9a = ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Niedrig“</p> <p>ODER „Moderat“]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 9c ISD (Grund für moderate oder niedrige Statin-Dosis) = „Aufdosierungsphase“</p> <p>ODER „LDL-Zielwert erreicht“</p> <p>ODER „Kontraindikation gegen Hochdosis“</p> <p>ODER „Ablehnung durch Patienten“]]</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 9a ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Hoch“</p> <p>ODER „Moderat“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		ODER „Niedrig“		
V. Niedriger Anteil von rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	<p>a) Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner 15%</p> <p>b) Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner 15%</p>	<p><u>a) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VI. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen	<u>a) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p>haben, bezogen auf alle bei Einschreibung ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>Zielwert: - größer 50 %</p>	<p>wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p> <p>[Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 11 ISD (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Ja“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) = „Ja“ } ¹</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p><i>Fakultativ zusätzlich:</i></p> <p><i>Anteil der eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung wahrgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i></p> <p><u>kein Zielwert</u></p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p><i>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit</i></p> <p>Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ seit DMP Einschreibung</p> <p><i>ODER</i></p> <p>Feld 10a ISD (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) = „Ja“ in der Erstdokumentation</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p><i>Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i></p> <p>{ }¹ Liegt keine Angabe zu Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) erfolgt. Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte.)</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VII. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne Angina-pectoris-Beschwerden	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Angina-pectoris-Beschwerden bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>Zielwert: größer 75%</p> <p>Zusätzlich Darstellung der Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina pectoris) = „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VIII. Hoher Anteil Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig sportliches Training betreiben	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig sportliches Training betreiben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen sportliches Training möglich ist.</p> <p>Zielwert: größer 50%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 ISD (Regelmäßiges sportliches Training) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>UND NICHT Feld 15 (ISD) (Regelmäßiges sportliches Training) = „Nicht möglich“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) größer 139mmHg syst. Oder größer 89 mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Teilnehmern mit bekannter Begleiterkrankung „Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr
II. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Teilnehmer mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
III. Reduktion des Anteils der rauchenden Teilnehmer	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Teilnehmer gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, maximal einmal pro Jahr

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

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

Abkürzungen

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

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

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



Exemplar für die Datenstelle

070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/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 Datenschutzhinweise 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 dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** 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
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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



Exemplar für den Arzt

070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/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 Datenschutzhinweise 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 dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** 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
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

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



070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/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 Datenschutzhinweise 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 dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** 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
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und 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 Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/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 der Ärztin/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 Ihrer koordinierenden Ärztin/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 Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/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 Ihrer Ärztin/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 Teilnehmerinnen und 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärztinnen und 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. Ihre Ärztin/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 Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/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.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und mit eventuellen 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!

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen. Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.

Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. 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 Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden. Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

- 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 eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme am Programm und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Mitwirkung 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 von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrer Ärztin oder 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.

Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

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

Anlage II

Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz

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

Quartalsweise Dokumentation	Dokumentation jedes zweite Quartal
<ul style="list-style-type: none">• Patienten mit Erstdiagnose Koronare Herzkrankheit innerhalb des letzten Halbjahres <hr/> <ul style="list-style-type: none">• Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit und mindestens einer der folgenden Begleit- bzw. Folgeerkrankung:<ul style="list-style-type: none">➤ medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie > 140 mm Hg systolisch oder > 90 mmHg diastolisch➤ KHK- spezifische medikamentöse Neueinstellung während der letzten 6 Monate➤ Blutzucker mit HbA_{1c}- Werten nicht im Zielbereich oder mit schweren Unterzuckerungen (bei Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 1 oder 2)➤ Z.n. Myokardinfarkt während der letzten 12 Monate➤ Herzrhythmusstörungen (insbesondere symptomatische Rhythmusstörungen)	<ul style="list-style-type: none">• Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit ohne neue Folge- und Begleiterkrankungen und seither beschwerdefrei <hr/> <ul style="list-style-type: none">• Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit und insbesondere folgender/n Folge- und Begleiterkrankung(en):<ul style="list-style-type: none">➤ arterieller Hypertonie systolisch ≤ 140 mm Hg und diastolisch ≤ 90 mmHgund/ oder➤ Blutzucker mit HbA_{1c}- Werten im Zielbereich ohne schwere Unterzuckerungen (bei Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 1 oder 2)

Anlage 12

Patientenschulung nach § 25 DMP-Vereinbarung

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

1. Versicherte mit essentieller Hypertonie

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

a) Heise T, Jennen E, Sawicki P Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm. ZaeFQ 95; 349-55. b) Sawicki PT, Mühlhauser I, Didjurgit U et al.: Mortality and morbidity in treated hypertensive type 2 diabetic patients with micro- or macroproteinuria. Diabetic Medicine 1995; 12: 893-8.

1.2. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

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

1.3. Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM

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

2. Versicherte mit oraler Gerinnungshemmung

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

(Sawicki PT., Bernardo A., Seimel M., Kleespies C., Didjurgit U. JAMA, January 13, 1999, Vol 28, No. 2 5623.03661/2004 21.05.2003)

Strukturqualität Schulungsarzt

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

In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die Regelungen der DMP-A-RLin der jeweils gültigen Fassung, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung widersprechen, verzichtet werden. § 25 Abs. 2 dieser Vereinbarung ist zu beachten.

Anlage 13

Strukturierter Arztbrief

Patient:

.....

DMP Koronare Herzkrankheit
Ergänzender Arztbrief vom kardiologisch qualifizierten
Facharzt an den DMP-Arzt

Untersuchung am

Untersucher:

Klinik:

AP Symptomatik (CCS)

- typisch Grad I Grad II Grad III Grad IV
 untypisch
 keine

Dyspnoe:

- ja nein

KHK-Anamnese:

Infarkt:

- ja nein

Coronarographie

- ja nein

Coronarintervention:

- keine
 Bypass Jahr
- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PTCA/Stent Jahr | <input type="checkbox"/> IMA | <input type="checkbox"/> Vene |
| | <input type="checkbox"/> RIVA | |
| | <input type="checkbox"/> RCX | |
| | <input type="checkbox"/> RCA | |

Risikofaktoren:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familiäre Belastung | <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel |

Aktuelle Medikation:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Betablocker | <input type="checkbox"/> Thrombozytenaggregationshemmer |
| <input type="checkbox"/> Antianginosa | <input type="checkbox"/> ACE-Hemmer/AT1-Blocker |
| <input type="checkbox"/> Statin | <input type="checkbox"/> Sonstige Lipidsenker |
| <input type="checkbox"/> Kalzium-Antagonisten | <input type="checkbox"/> Antikoagulantien |
| <input type="checkbox"/> Andere | |

Diagnostik:

ERGO

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| <input type="checkbox"/> pathologisch | ST-Senkung |
| | AP <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Luftnot <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Echokardiographie

- normal pathologisch nicht durchgeführt

Weitere Diagnostik:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stress-Echo | <input type="checkbox"/> Myokardszintigraphie |
| <input type="checkbox"/> Coronarographie | <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> elektiv |

Therapieempfehlung:

- Coronarsport (max. HF:)
 Medikamentös (siehe Brief)

Schulung:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Nikotinentwöhnung | <input type="checkbox"/> Anti-Stress |
| <input type="checkbox"/> INR | |

Datum und Unterschrift

Arztstempel

Anlage 14

Datensatzstruktur der Gültigkeitsinformationen zu den Dokumentationsdaten gemäß der DMP-A-RL

Der gemäß § 36a Absätze 1 und 2 von der Datenstelle (§ 28) zu Abrechnungszwecken quartalsweise an die KVBW zu übermittelnde Nachweis aller im Quartal eingegangenen gültigen (vollständig, plausibel und fristgerecht eingegangenen) Dokumentationen enthält

- das Abrechnungsquartal
- die Betriebsstättennummer (BSNR)
- die lebenslange Arztnummer (LANR) des ausstellenden Arztes
- das Institutionskennzeichen
- die Krankenkassennummer
- die Versichertennummer
- die Nummer der elektronischen Gesundheitskarte (EGK-Nummer) des Patienten
- Nachname, Vorname und Geburtsdatum des Patienten
- den Dokumenten-Typ (DMP Asthma oder COPD)
- die Dokumenten-Art (Erstdokumentation [ED]) oder Folgedokumentation [FD])

Optional wird zu Auskunftszwecken eine gesonderte Datei mit ungültigen Datensätzen übersandt. Diese enthält zusätzlich:

- den Zustandscode der Dokumentation (Angabe, ob die Dokumentation gültig ist; Grund der Nicht-Gültigkeit). In den Zustandscode sind auch die von den Krankenkassen an die Datenstelle übermittelten Informationen über die Dokumentationen, die trotz Ungültigkeit vergütet werden sollen, aufzunehmen. Der Grund der Ungültigkeit ist anzugeben.

Die Datensatzbeschreibung und die mit der Datenstelle vereinbarte „Satzstruktur_Abrechnungsdaten_KVBW“ sind bei der Datenlieferung zu beachten.