



# Vereinbarung

über die Durchführung eines Strukturierten  
Behandlungsprogramms für Koronare Herzkrankheit  
(KHK) auf der Grundlage des § 83 SGB V

**zwischen**

Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Stuttgart

**und**

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg  
(LKK BW), Stuttgart

## **Inhaltsverzeichnis:**

### **Präambel**

#### **Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziel der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

#### **Abschnitt II - Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte**

- § 3 Teilnahmeberechtigung von DMP-Ärzten und Aufgaben
- § 4 Teilnahme/Aufgaben von kardiologisch qualifizierten Fachärzten und sonstigen Beteiligten
- § 5 Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch die Kassenärztliche Vereinigung
- § 6 Vertragsärzteverzeichnis

#### **Abschnitt III –Versorgungsinhalte**

- § 7 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK

#### **Abschnitt IV – Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten/Fortbildung der Vertragsärzte**

- § 8 Bescheinigung des DMP-Arzt
- § 9 Fortbildung der Vertragsärzte

#### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

- § 10 Teilnahmevoraussetzungen
- § 11 Information und Einschreibung
- § 12 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 13 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 14 Wechsel des DMP-Arzt
- § 15 Information und Schulung der Versicherten

#### **Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung**

- § 16 Vertragsärztliche Leistungen und Sondervergütungen

#### **Abschnitt VII – Sonstige Bestimmungen**

- § 17 Laufzeit und Kündigung

## **Präambel**

Mit dieser Vereinbarung soll die Behandlung der chronischen Erkrankung KHK durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm (im Folgenden Disease-Management-Programm genannt) dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend gewährleistet werden. Daher schließen die LKK BW und die KV BW folgende Vereinbarung auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit KHK. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Durchführung des Programms so zu gestalten ist, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird.

## **Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1 Ziel der Vereinbarung**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung eines Disease-Management-Programms KHK in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Über dieses Behandlungsprogramm soll eine indikationsabhängige systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Vertragsärzten, den weiteren Leistungserbringern sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit KHK gewährleistet werden.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden
- (3) Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 2 Ziffer 1.3 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 und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

## **§ 2 Geltungsbereich**

Diese Vereinbarung gilt für

1. Vertragsärzte der KV BW, die nach Maßgabe des Abschnitts II dieses Vertrages zur Teilnahme am Disease-Management-Programm berechtigt sind.
2. Versicherte der LKK BW und der Krankenkasse für den Gartenbau, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben.

## **Abschnitt II Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte**

### **§ 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte nach § 73 Abs. 1a SGB V (DMP-Ärzte). Soweit kardiologisch qualifizierte Vertragsärzte im Sinne der Anlage 1 Nr.1 auf Grund regionaler Versorgungsstrukturen vor dem 01.10.2005 Patienten mit KHK kontinuierlich versorgt haben, können sie für diese Patienten als DMP-Arzt an der Vereinbarung teilnehmen.
- (2) Zu den Aufgaben der DMP-Ärzte gehören insbesondere:
  1. Die Einschreibung der Versicherten gemäß § 11 dieser Vereinbarung,
  2. Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die LKK BW. Die Übermittlung ist auch über die KV BW möglich; die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren.
  3. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 7 dieser Vereinbarung geregelten Versorgungsinhalte,
  4. die Ausstellung der Bescheinigungen nach § 8 dieser Vereinbarung
  5. die Durchführung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  6. die Durchführung von Schulungen gemäß § 15 dieser Vereinbarung, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg entsprechend nachgewiesen ist,
  7. die Überweisung an andere Vertragsärzte gemäß der in Anlage 2 enthaltenen Kooperationsregeln,
  8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
    - therapierelevante Informationen entsprechend Anlage 2 dieser Vereinbarung, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
    - therapierelevante Informationen anderer Leistungserbringer zu dokumentieren,

9. Einweisung zur stationären Behandlung insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 2 (Versorgungsinhalte) genannten Indikationen in das nächstgelegene Krankenhaus
10. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 2 (Versorgungsinhalte) 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 § 4 dieser Vereinbarung in der Region,
  - (3) Bei Teilnehmern, die bereits in bestehende DMP zu internistischen Erkrankungen eingeschrieben sind, soll im Sinne eines „Ein-Arzt-Prinzips“ nur der bereits gewählte DMP-verantwortliche 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-verantwortlichen Arzt gewählt haben, soweit dieser auch am DMP KHK teilnimmt.

#### **§ 4**

#### **Teilnahme und Aufgaben von kardiologisch qualifizierten Fachärzten und Mitwirkung weiterer Fachärzte**

- (1) Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte, die die Voraussetzungen der Anlage 1 (Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte) erfüllen. Die Strukturqualität muss der Facharzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5. Der Wegfall der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 ist der KV Baden-Württemberg unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Zu den Pflichten der nach Absatz 1 teilnahmeberechtigten Fachärzte (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören insbesondere:
  1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 7 geregelten Versorgungsinhalte; die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung
  2. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 15, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Baden-Württemberg entsprechend nachgewiesen ist,
  3. soweit für die Behandlung des Versicherten erforderlich, die Überweisung gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 2 (Versorgungsinhalte) an andere Fachärzte entsprechend der Anlage 1 (Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte) einschließlich Übermittlung therapierelevanter Informationen, z.B. Medikamentierung. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

4. die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den DMP-verantwortlichen Arzt nach § 3,
  5. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 2 (Versorgungsinhalte) genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den DMP-verantwortlichen Arzt hiervon zu unterrichten.
  6. Teilnahme von invasiv tätigen Fachärzten an einem von den Vertragspartnern anerkannten Qualitätssicherungsprojekt zur invasiven Kardiologie, bspw. „QuIK“.
- (3) Bei der Umsetzung des DMPs wirken ferner qualifizierte Ärzte gemäß Anlage 1 Ziff. 2 mit.

## **§ 5**

### **Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch die Kassenärztliche Vereinigung**

Im Rahmen ihres Gewährleistungsauftrags prüft die KV BW die Teilnahme- und Mitwirkungsvoraussetzungen der Vertragsärzte nach dieser Vereinbarung.

## **§ 6**

### **Vertragsärzteverzeichnis**

Die KV BW führt über die kardiologisch spezialisierten Vertragsärzte nach § 4 bzw. Anlage 1 zu dieser Vereinbarung ein Verzeichnis und stellt dieses Verzeichnis der LKK BW zur Verfügung.

## **Abschnitt III**

### **Versorgungsinhalte**

## **§ 7**

### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK**

- (1) Die Medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) definiert und damit Bestandteil dieser Vereinbarung. Der Vertragsarzt ist zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Soweit diese 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 den Anlagen zur RSAV 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**

### **Unterstützung der aktiven Teilnahme der Versicherten/ Fortbildung der Vertragsärzte**

#### **§ 8**

#### **Bescheinigung des DMP-Arztes**

Der DMP-Arzt erstellt in Abhängigkeit vom Grad der Komplikation der Erkrankung entsprechend den Vorgaben der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung die Bescheinigung gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung (Bescheinigung über die aktive Teilnahme des Versicherten) und übermittelt sie der LKK BW entsprechend dem Wiedervorstellungsintervall nach Anlage 7 zu dieser Vereinbarung (drei oder sechs Monate). Die Übermittlung ist auch über die KV BW möglich, die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren.

#### **§ 9**

#### **Fortbildung der Vertragsärzte**

- (1) Die Vertragspartner informieren die DMP-Ärzte und die kardiologisch qualifizierten Vertragsärzte nach § 4 zu dieser Vereinbarung umfassend über Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen bei den DMP-Ärzten und den kardiologisch qualifizierten Vertragsärzten nach § 4 bzw. Anlage 1 zu dieser Vereinbarung dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.

Die Vertragspartner definieren gemeinsam bedarfsorientiert Anforderungen an die für das Disease-Management-Programm relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.

## **Abschnitt V**

### **Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

#### **§ 10**

#### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der LKK BW können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
  1. Die Diagnose der KHK gemäß Ziffer 1.2.1 und 3 der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung (Versorgungsinhalte) ist gesichert
  2. der Versicherte ist grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit und
  3. die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierte Betreuung ist zu erwarten.

- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

### **§ 11 Information und Einschreibung**

- (1) Die LKK BW wird ihre Versicherten in geeigneter Weise über das Disease-Management-Programm informieren.
- (2) Die DMP-Ärzte informieren diejenigen ihrer Patienten, die nach § 10 dieser Vereinbarung teilnehmen können. Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 12 dieser Vereinbarung bei einem DMP-Arzt einschreiben. Der DMP-Arzt übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der LKK BW. Die Übermittlung ist auch über die KV BW möglich; die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich über das Verfahren.

### **§ 12 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Der Versicherte erklärt sich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 4 zu dieser Vereinbarung (Teilnahme- und Einwilligungserklärung) zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm und zur Freigabe der erforderlichen Informationen im Rahmen des Verfahrens nach § 8 dieser Vereinbarung bereit.

### **§ 13 Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 4 zu dieser Vereinbarung.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der LKK BW kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der LKK BW aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm endet weiterhin, wenn die LKK BW die Teilnahme an dem Programm aufgrund mangelnder aktiver Mitwirkung des Versicherten beendet.
- (4) Die LKK BW informiert den DMP-Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.

## **§ 14 Wechsel des DMP-Arztes**

Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln. Hierfür unterschreibt der Versicherte bei seinem neuen DMP-Arzt erneut die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und kreuzt „Vertragsarzt-Wechsel“ an. Nach Eingang der erneuten Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der LKK BW wird der bisherige DMP-Arzt von der LKK BW informiert.

## **§ 15 Information und Schulung der Versicherten**

- (1) Die LKK BW informiert ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogramm. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen.
- (3) Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 7 Abs. 2 dieser Vereinbarung können die Versicherten an den in den jeweiligen DMP-Verträgen genannten Schulungen teilnehmen.
- (4) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß § 7 dieser Vereinbarung einzubeziehen.
- (5) Das Nähere zur Schulung regelt die Anlage 5 zu dieser Vereinbarung (Schulung der Versicherten).

## **Abschnitt VI Vergütung und Abrechnung**

### **§ 16 Vertragsärztliche Leistungen und Sondervergütungen**

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem Disease-Management-Programm stehender Leistungen und Kosten sind in der Anlage 6 zu dieser Vereinbarung (Vergütung und Abrechnung) geregelt.

**Abschnitt VII  
Sonstige Bestimmungen**

**§ 17  
Laufzeit und Kündigung**

Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2005 in Kraft und ist mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündbar. Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner gekündigt werden.

**Übersicht Anlagen**

Anlage 1	Mitwirkende Ärzte und Einrichtungen
Anlage 2	Versorgungsinhalte
Anlage 3	Bescheinigung über die aktive Teilnahme der Versicherten
Anlage 4	Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Anlage 5	Schulung der Versicherten
Anlage 6	Vergütung und Abrechnung
Anlage 7	Empfehlung Dokumentationsfrequenz

## Anlage 1 Mitwirkende Ärzte und Einrichtungen

### Teilnehmende und mitwirkende Fachärzte

zu der Vereinbarung über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms KHK nach § 83 SGB V zwischen der KV BW und der LKK BW.

#### 1 Strukturqualität qualifizierter Facharzt

**Als kardiologisch qualifizierte Fachärzte gem. § 4 dieser Vereinbarung können teilnehmen: 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 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 § 5.**

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
Kardiologe zur nicht-invasiven Diagnostik und Therapie der KHK	<p><u>Fachliche Voraussetzungen:</u></p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“</p> <p>oder</p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Genehmigung zur Durchführung von Untersuchungen für die Anwendungsgebiete 6.2 und 6.3 nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik vom 10.02.1993 i.d.F. vom 31.01.2003.</p> <p>oder</p> <p>Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt zugelassen sind und aufgrund der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Abschnitt 13.3.5 des EBM erhalten haben. Die Genehmigung wird befristet bis zum 30.09.2008</p>

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	<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"> <li>▪ Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards</li> <li>▪ 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards</li> <li>▪ Qualitätsgesicherte EKG – und Langzeit-EKG-Durchführung</li> <li>▪ Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie<sup>1</sup></li> <li>▪ Echokardiographie unter Berücksichtigung der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie<sup>2</sup> und dem Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Echokardiographie gegenüber der KV Baden-Württemberg</li> <li>▪ Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann, in Eigen- oder Fremdlabor.</li> <li>▪ Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax ggf. per Auftragsleistung</li> </ul>
<p>Kardiologe mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen<sup>3</sup> (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen)</p>	<p><u>Allgemeine Voraussetzungen:</u></p> <p>Teilnahme an einem von den Vertragspartnern anerkannten Qualitätssicherungsprojekt zur invasiven Kardiologie bspw. „QuIK“</p> <p><u>Fachliche Voraussetzungen:</u></p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum</p>

<sup>1</sup> 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

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

<sup>3</sup> gem. „Voraussetzung gem. §135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen vom 03.09.1999“

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	<p>Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“</p> <p>Nachweis<sup>3</sup> der Befähigung zur Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen) gegenüber der KV Baden-Württemberg</p> <p>Regelmäßige KHK-spezifische durch die Landesärztekammer zertifizierte Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens einmal jährlich</p> <p><u>Organisatorische Voraussetzungen und Geräte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards</li> <li>▪ 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards</li> <li>▪ Qualitätsgesicherte EKG – und Langzeit-EKG-Durchführung</li> <li>▪ Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie<sup>4</sup></li> <li>▪ Echokardiographie unter Berücksichtigung der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie<sup>5</sup> und dem Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Echokardiographie gegenüber der KV Baden-Württemberg</li> <li>▪ Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann, in Eigen- oder Fremdlabor.</li> <li>▪ Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax ggf. per Auftragsleistung</li> </ul>

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung Z. Kardiol 86: 387-403 (1997)

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen

## 2. Weitere mitwirkende Fachärzte gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung

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

## Anlage 2 Versorgungsinhalte

### 1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien

#### 1.1 Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK)

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

#### 1.2 Hinreichende Diagnostik für die Aufnahme in ein strukturiertes Behandlungsprogramm

##### 1.2.1 Chronische KHK

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

1. bei einem akuten Koronarsyndrom<sup>6</sup>, auch in der Vorgeschichte
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90%) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt<sup>7</sup>. Nur bei Patienten, die nach Feststellung des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher, Patienten physikalisch nicht belastbar), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden.
3. durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen unter 1.5.3.1).

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

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Ziffer 3.

##### 1.2.2 Akutes Koronarsyndrom

Das akute Koronarsyndrom beinhaltet die als Notfallsituationen zu betrachtenden Verlaufsformen der koronaren Herzkrankheit: den ST-Hebungsinfarkt, den Nicht-ST-Hebungsinfarkt, die instabile Angina Pectoris. Die Diagnose wird durch die Schmerzanamnese, das EKG und Laboratoriumsuntersuchungen (z.B. Markerproteine) gestellt.

<sup>6</sup> Nach der Definition in ACC/AHA (2002a): American College of Cardiology and American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.

<sup>7</sup> Die Nachtest-Wahrscheinlichkeit (nach Durchführung eines Belastungs-EKGs) ist zu berechnen nach Diamond, GA et al.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N. Engl. J. Med (1979); 300:1350-8. Für Patienten, die älter als 69 Jahre sind, sind die Werte der Altersgruppe von 60 – 69 Jahren heranzuziehen

### 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:

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

### 1.4 Differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung

Patienten mit koronarer Herzerkrankung haben ein erhöhtes Risiko, einen Myokardinfarkt zu erleiden oder zu versterben.

Dieses Risiko richtet sich sowohl nach dem Schweregrad der Erkrankung als auch nach den Risikoindikatoren (z.B. Alter und Geschlecht, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, linksventrikuläre Funktionsstörung, Rauchen, genetische Disposition) des Patienten. Daher soll der Leistungserbringer individuell das Risiko für diesen Patienten einmal jährlich beschreiben, sofern der Krankheitsverlauf kein anderes Vorgehen erfordert. Bei Vorliegen von Risikofaktoren, wie z. B. Diabetes mellitus oder Hypertonie, sind diese bei der individuellen Therapieplanung und –durchführung besonders zu berücksichtigen.

### 1.5 Therapeutische Maßnahmen

#### 1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

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

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

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen.

##### 1.5.1.1 Ernährungsberatung

Im Rahmen der Therapie berät der behandelnde Arzt den Patienten über eine KHK- spezifische gesunde Ernährung.

##### 1.5.1.2 Raucherberatung

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

- Der Raucherstatus sollte bei jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden,
- Raucher sollten in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören,
- es ist festzustellen, ob der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen,
- für änderungsbereite Raucher sollte professionelle Beratungshilfe (z.B. verhaltenspsychologisch) zur Verfügung gestellt werden,

- es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

### 1.5.1.3 Körperliche Aktivitäten

Der Arzt überprüft mindestens einmal jährlich, ob der Patient von einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. Mögliche Interventionen sollen darauf ausgerichtet sein, den Patienten zu motivieren, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in seinen Lebensstil zu integrieren.

### 1.5.1.4 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von pathophysiologischen, psychologischen, psychiatrischen und sozialen Faktoren bei der KHK ist durch den Arzt zu prüfen, inwieweit Patienten von psychotherapeutischen, psychiatrischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Mangelnde Krankheitsbewältigung, Motivation und Compliance, fehlender sozio-emotionaler Rückhalt, Probleme am Arbeitsplatz sind u.a. zu berücksichtigen. Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität sollte die Depression besondere Beachtung finden.

## 1.5.2 Medikamentöse Therapie

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen 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 andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.

1. Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen. Dieser Nutzen ist besonders bei Risikokollektiven wie Diabetes-mellitus-Patienten überdurchschnittlich hoch. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Bisoprolol, Metoprolol, Atenolol, Acebutolol, Propranolol.
2. Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK werden primär Betablocker – ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten<sup>8</sup> – empfohlen.
3. Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK sind bei absoluten Kontraindikationen für Betablocker (z.B. bei Asthma bronchiale, höhergradigem AV-Block) Nitrate und/oder Kalzium-Antagonisten<sup>3</sup> zu erwägen.
4. Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Simvastatin und Pravastatin.
5. Bei chronischer KHK mit gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion ist eine Therapie mit Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmer) grundsätzlich indiziert. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Trandolapril. Auch bei chronischer KHK ohne gleichzeitig bestehende Herzinsuffizienz oder asymptomatische linksventrikuläre Dysfunktion kann die Gabe von Ramipril erwogen werden. Bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern können Angiotensin-1-Rezeptoren-Blocker (jeweils entsprechend dem arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus) erwogen werden.
6. Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

<sup>8</sup> Die Anwendung von kurzwirkenden Kalzium-Antagonisten vom Dihydropyridin-Typ sollte vermieden werden.

### 1.5.3 Koronarangiografie - Interventionelle Therapie – Koronarrevaskularisation

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

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

Für die Entscheidung zur Durchführung einer Koronarangiographie, interventionellen Therapie und operativen Koronarrevaskularisation sollen gemäß evidenzbasierten Leitlinien folgende Empfehlungen berücksichtigt werden.

#### 1.5.3.1 Koronarangiografie

Gemäß evidenzbasierten Leitlinien ist insbesondere in folgenden Fällen die Durchführung einer Koronarangiografie zu erwägen:

- Patienten, die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben<sup>9</sup>,
- Patienten mit stabiler Angina Pectoris trotz medikamentöser Therapie (CCS Klasse III und IV)<sup>10</sup>,
- Patienten mit Hochrisikomerkmale bei der nicht-invasiven Vortestung, unabhängig von der Schwere der Angina Pectoris<sup>11</sup>,
- Patienten mit Angina, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- Patienten mit Angina und Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz.

#### 1.5.3.2 Interventionelle Therapie und 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 best verfügbarer Evidenz - zu berücksichtigen.

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

Gemäß evidenzbasierten Leitlinien ist insbesondere in folgenden Fällen die Durchführung einer interventionellen Therapie oder einer operativen Koronarrevaskularisation zu erwägen

(Empfehlungen, bei denen Evidenz und/oder allgemeiner Konsens besteht, dass die Maßnahme nützlich und effektiv ist – Klasse I):

- koronare Bypassoperation (ACVB<sup>12</sup>) für Patienten mit signifikanter linker Hauptstammstenose,

---

<sup>9</sup> Betrifft das Therapieziel: „Senkung der Morbidität, Mortalität“.

<sup>10</sup> Betrifft das Therapieziel: „Beschwerdefreiheit“.

<sup>11</sup> Betrifft das Therapieziel: „Senkung der Morbidität, Mortalität“.

- ACVB für Patienten mit Dreifäßerkrankung. Der Überlebensvorteil ist größer bei Patienten mit verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50%),
- ACVB für Patienten mit Zweifäßerkrankung mit einer signifikanten, proximalen Stenose des Ramus interventricularis anterior (RIA) und entweder verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50%) oder nachweisbarer Ischämie bei nicht-invasiver Untersuchung,
- perkutane Koronarintervention (PCI) für Patienten mit Zwei- oder Dreifäßerkrankung mit einer signifikanten proximalen RIA-Stenose und einem Gefäßstatus, der für eine kathetergestützte Therapie geeignet ist, und die eine normale linksventrikuläre Funktion und keinen behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus aufweisen,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankung ohne signifikante proximale RIA-Stenose, aber mit einem großen Areal an vitalem Myokard und Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung,
- ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankung ohne signifikante proximale RIA-Stenose, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine anhaltende ventrikuläre Tachykardie überlebt haben,
- PCI oder ACVB für Patienten mit vorausgegangener PTCA und Rezidivstenose, zusammen mit einem großen Areal an vitalem Myokard oder mit Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung,
- PCI oder ACVB bei Patienten nach erfolgloser medikamentöser Therapie, bei denen eine Revaskularisierung mit zumutbarem Risiko durchgeführt werden kann.

Empfehlungen, bei denen Evidenz und/oder allgemeiner Konsens besteht, der eher für Nützlichkeit/Effektivität der Maßnahmen spricht (Klasse IIa):

- wiederholte ACVB (Aorto-Coronarer-Venen-Bypass) bei Patienten mit multiplen Bypass-Stenosen, insbesondere bei signifikanter Stenose eines Bypasses zum RIA. PCI kann angezeigt sein für isolierte Bypass-Stenosen oder multiple Stenosen bei Patienten mit Kontraindikationen für wiederholte ACVB,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankungen ohne signifikante proximale RIA-Stenose, aber mit einem mittelgroßen Areal an vitalem Myokard und nachweisbarer Ischämie bei der nicht-invasiven Untersuchung,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Einfäßerkrankung und signifikanter proximaler RIA-Stenose.

## 1.6 Rehabilitation

Die kardiologische Rehabilitation ist der Prozess, bei dem herzkranken Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit sowie soziale Integration zu erlangen und aufrecht zu erhalten.

Die kardiologische Rehabilitation ist Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von KHK-Patienten. Die Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient sollen Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Selbstverantwortung des Patienten, berücksichtigen.

Dimensionen / Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

---

<sup>12</sup> Gemeint ist die operative Revaskularisation durch arteriell und/oder venöse Bypass-Gefäße.

- somatische Ebene: Überwachung, Risikostratifizierung, Therapieanpassung, Remobilisierung, Training, Sekundärprävention,
- psychosoziale Ebene: Krankheitsbewältigung, Verminderung von Angst und Depressivität.
- edukative Ebene (insbesondere Beratung, Schulung): Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen und Fertigkeiten (u.a. Krankheitsverständnis, Modifikation des Lebensstils und der Risikofaktoren), Motivationsstärkung,
- sozialmedizinische Ebene: berufliche Wiedereingliederung, Erhaltung der Selbständigkeit.

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

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

## **1.7 Kooperation der Versorgungsebenen**

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

### **1.7.1 Hausärztliche Versorgung**

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt im Rahmen seiner im § 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 § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 sind von der gewählten Ärztin, vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

### **1.7.2 Überweisung vom behandelnden Arzt zum jeweils qualifizierten Facharzt bzw. zur qualifizierten Einrichtung**

Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zum jeweils qualifizierten Facharzt/zur qualifizierten Einrichtung bzw. bei psychotherapeutischer Mitbehandlung zum Psychotherapeuten erfolgen soll:

- zunehmende oder erstmalige Angina Pectoris Beschwerden,
- neu aufgetretene Herzinsuffizienz,
- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
- medikamentöse Non-Responder,

- Patienten mit Komorbiditäten (z.B. Hypertonie, Diabetes, Depression),
- Mitbehandlung von Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (z.B. Klappenvitien),
- Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
- Rehabilitation,
- Psychiatrische/Psychotherapeutische Mitbehandlung,
- Schulung von Patienten.

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

### **1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

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

- akutes Koronarsyndrom,
- Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (z.B. Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).

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

### **1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

Eine Rehabilitationsmaßnahme (im Sinne von Ziffer 1.6) ist insbesondere zu erwägen:

- nach akutem Koronarsyndrom,
- nach koronarer Revaskularisation,
- bei Patienten mit stabiler Angina pectoris und dadurch bedingten limitierenden Symptomen<sup>13</sup> nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen.

## **2. Qualitätssichernde Maßnahmen**

### **2.1 Allgemeine Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen strukturierter

Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

---

<sup>13</sup> Unter limitierenden Symptomen ist eine für den Patienten – unter Berücksichtigung seiner individuellen Lebensumstände - wesentliche Einschränkung seiner Lebensqualität zu verstehen. Diese kann nur individuell festgelegt werden.

## 2.2 KHK-spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den strukturierten

### Behandlungsprogrammen

Im Sinne des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung vereinbaren die Vertragspartner auf der Grundlage der bereits bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen in den jeweiligen beteiligten Versorgungssektoren einheitliche Anforderungen an die Qualifikation der beteiligten Leistungserbringer und des medizinischen Personals, an die technische, apparative und gegebenenfalls räumliche Ausstattung sowie an die organisatorischen Voraussetzungen bei diagnostischen und therapeutischen Interventionen.

Bei der Durchführung von Belastungs-EKGs sollen insbesondere die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie<sup>14</sup> berücksichtigt werden.

## 3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten

Der behandelnde Arzt soll prüfen, ob 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

Voraussetzung für die Einschreibung eines Versicherten ist

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt gemäß Ziffer 1.2,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten und
- die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, daß Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten, sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

Der Versicherte bestätigt mit seiner Teilnahmeerklärung, dass er im Einzelnen

- die Programm- und Versorgungsziele kennt und an ihrer Erreichung mitwirken wird,
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der verfügbaren Leistungsanbieter kennt und unterstützen wird und
- über die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden ist sowie
- über die mit seiner Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten informiert worden ist, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkassen zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms.

### 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit (KHK) können in das strukturierte

---

<sup>14</sup> 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

Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 genannten Voraussetzungen erfüllt ist:

1. bei einem akuten Koronarsyndrom<sup>15</sup>, auch in der Vorgeschichte
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, das innerhalb der letzten drei Jahre durchgeführt worden ist, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90%) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt<sup>16</sup>. Nur bei Patienten, die nach Feststellung des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen, oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher, Patienten physikalisch nicht belastbar) können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden,

## 4. Schulungen

(Die Ausführungen zu Ziffer 4 der Anlage 1/DMP Diabetes gelten entsprechend).

### 4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten

Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen u.a. auf die vereinbarten Management- Komponenten, insbesondere der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der

Einschreibekriterien nach Ziffer 3 ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

### 4.2 Schulungen der Versicherten

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

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (z.B. Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

---

<sup>15</sup> Nach der Definition in ACC/AHA (2002a): American College of Cardiology and American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.

<sup>16</sup> Die Nachttest-Wahrscheinlichkeit (nach Durchführung eines Belastungs-EKGs) ist zu berechnen nach Diamond, GA et al.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N. Engl. J. Med (1979); 300:1350-8. Für Patienten, die älter als 69 Jahre sind, sind die Werte der Altersgruppe von 60 – 69 Jahren heranzuziehen.

## Anlage 3 Bescheinigung über die aktive Teilnahme der Versicherten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
gab. sm		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Arbeitsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Bescheinigung

über die aktive Teilnahme  
an einem strukturierten  
Behandlungsprogramm



Arztwechsel

### Bescheinigung über die aktive Teilnahme des/der Versicherten zur Vorlage bei der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg

Der/die oben genannte Versicherte ist

seit dem \_\_\_\_\_ in das DMP (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Tag/Monat/Jahr

- Asthma eingeschrieben,
- COPD eingeschrieben,
- Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben,
- Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben,
- Koronare Herzkrankheit eingeschrieben und

- hält den vereinbarten Wiedervorstellungstermin ein:

Ja                       Nein

- nimmt im Rahmen des strukturellen Behandlungsprogramms notwendige Überweisungstermine wahr:

Ja                       Nein                       Nicht erforderlich.

#### Hinweis:

Nur, wenn beide Angaben mit „Ja“ (bzw. „Ja“ und „Nicht erforderlich“) angekreuzt wurden, nimmt der/die Versicherte aktiv im Sinne von § 9 der DMP-Vereinbarung Asthma - COPD bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Koronare Herzkrankheit bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Diabetes mellitus Typ 1 bzw. § 8 der DMP-Vereinbarung Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg teil.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift DMP-Arzt

## Anlage 4 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Wahlkreisnummer-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Erklärung

#### zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm



#### Hiermit erkläre ich,

- dass ich an dem Programm für (Zutreffendes bitte ankreuzen)
 

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	
- teilnehmen möchte.

#### Ich erkläre außerdem,

- dass mich mein koordinierender DMP-Arzt ausführlich und umfassend über die Programminhalte, die Versorgungsziele sowie die Aufgabenverteilung zwischen meinem koordinierenden Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge informiert hat,
- dass mir bekannt ist, in welchem Umfang meine Mitwirkung erforderlich ist, ich bereit bin, mich in diesem Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen und das Programm bei fehlender Mitwirkung beendet wird,
- dass ich über die Aufgaben des koordinierenden Arztes informiert wurde und bei einem Wechsel dieses Arztes eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich ist,
- dass ich darauf hingewiesen wurde, dass die Teilnahme am Programm freiwillig ist und ich jederzeit ohne Angabe von Gründen bei meiner Krankenkasse die Teilnahme kündigen kann,
- dass ich den unterzeichnenden Arzt als koordinierenden Arzt wähle.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

### Einwilligungserklärung

#### Mir ist bekannt,

- dass durch meinen koordinierenden Arzt die in der Anlage zu dieser Erklärung erhobenen Daten ausschließlich zum Zwecke meiner persönlichen Information und Beratung an meine Krankenkasse - gegebenenfalls auch über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg- weitergeleitet werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Kasse die Teilnahme am Programm endet,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten nach dem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden.

#### Ich erkläre hiermit,

- dass ich im Rahmen der Teilnahme an dem Programm in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung einwillige.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

### Bestätigung des Arztes

Hiermit bestätige ich, dass für den/die oben genannte(n) Versicherte(n) die Diagnose (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit |
| <input type="checkbox"/> COPD   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 |   |

gesichert ist und er/sie grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung am Behandlungsprogramm bereit ist und eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensive Betreuung zu erwarten ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift DMP-Arzt

## Anlage 5 Schulung der Versicherten

### Schulung der Versicherten

#### 1. Schulungen

Im Rahmen der vorstehenden Vereinbarung können nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchgeführt werden:

##### 1.1 Versicherte mit essentieller Hypertonie

- Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) (Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P. ZaeFQ 95; 349-355)
- Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V. J of Human Hyertension 1997. 11: 501-506)
- Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Danzer-E, Gallert-K, Friedrich-A, Fleischmann-EH, Walter-H, Schmieder-RE: Ergebnisse der intensiv-Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. Deutsche Medizinische Wochenschrift 125 (2000)).

##### 1.2 Versicherte mit oraler Gerinnungshemmung

Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) (Sawicki PT et al, for the Working Group for the Study of Patient Self-Management of oral Anticoagulation. JAMA 1999, 281: 145 - 150)

##### 1.3 Versicherte mit nicht-insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

- Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen  
Kronsbein, Jörgens, Lancet 1988; 2: 1407-1411
- MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)  
Kulzer, Diabetes-Journal 2/2001

##### 1.4 Versicherte mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

- Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen  
Grüßer, Röger, Jörgens, Dtsch. Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999: A1756-A1757
- Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen  
Kalfhaus, Berger, Diabetes and Metabolism 2000, 26, 197-201

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie  
Jörgens, Grüßer, Bott, Mühlhauser, Berger: Effective and safe translation of intensified insulin therapy to general internal medicine departments. Diabetologia (1993) 36, 99-105

## **2. Strukturqualität**

Die KV prüft gemäß § 5 dieser Vereinbarung die Schulungsberechtigung der Ärzte zur Durchführung der Patientenschulungen anhand der den Programmen zugrunde gelegten Curricula. Bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation erteilt die KV eine Genehmigung.

## Anlage 6 Vergütung und Abrechnung

### 1. Vergütung

1.1 Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen bei DMP-Patienten erfolgt nach Maßgabe der jeweils gültigen gesamtvertraglichen Regelungen.

1.2 Für die im Rahmen der Durchführung des DMP KHK entstehenden zusätzlichen Aufwendungen vergütet die LKK Baden-Württemberg folgende Pauschalen außerhalb des budgetierten Gesamtvergütungsanteils:

Abr. Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Betrag
99 960	<b>Einschreibepauschale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information und Beratung des Patienten zum DMP KHK</li> <li>• Bestätigung der gesicherten Diagnose</li> <li>• Erstellung und Weiterleitung der Einschreibeunterlagen (§ 12 DMP-Vereinbarung)</li> </ul>	23,50 €
99 963	<b>Folgedokumentationspauschale (FD)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung und Weiterleitung der Folgedokumentation (§ 8 bzw. Anlage 3 DMP-Vereinbarung)</li> </ul>	5,00 €
99 965	<b>Betreuungspauschale (BP) - Einfacheinschreibung -</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung und Beratung des Patienten</li> <li>• Motivation des Patienten</li> </ul>	– 19,50 €
99 966	<b>Betreuungspauschale (BP) - Mehrfacheinschreibung -</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung und Beratung des Patienten, der auch in das DMP Diabetes eingeschrieben ist</li> <li>• Motivation des Patienten</li> </ul>	– 9,00 €
99 967	<b>Pauschale für die Mitbehandlung bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt gem. § 4</li> <li>• einmal im Behandlungsfall, inkl. QuIK</li> </ul>	50,00 €
99 968	<b>Pauschale für die Mitbehandlung bei nicht-invasiven kardiologischen Maßnahmen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt gem. § 4</li> <li>• einmal im Behandlungsfall</li> </ul>	30,00 €

	<b>Patientenschulungen –NEU-</b>	
<b>99 970</b>	<b>Schulung - SPOG -</b> pauschal, inkl. Schulungsmaterial, max. 4 Personen	<b>150,- €</b>
<b>99 971</b>	<b>Schulung - IPM -</b> je Unterrichtseinheit (Modul) und Patient, 5 Module, 6-12 Personen	<b>25,- €</b>
<b>99 975</b>	<b>Schulungsmaterial - IPM -</b>	<b>2,- €</b>

## **2. Abrechnung**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Pauschalen in Abhängigkeit von der zwischen der KV BW und der AOK Baden-Württemberg geschlossenen Vergütungsvereinbarung DMP KHK nach Abstimmung zwischen den Vertragspartnern erhöht werden können.

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und o.g. Pauschalen erfolgt nach Maßgabe der jeweils gültigen gesamtvertraglichen Regelungen zusätzlich zur budgetierten Gesamtvergütung und der nachfolgend genannten Abrechnungsbestimmungen:

- die Nummer 99 960 (Einschreibepauschale) kann nicht neben der Folgedokumentationspauschale (99 963) und den Betreuungspauschalen (99 965, 99 966) abgerechnet werden
- die Nummer 99 963 (Folgedokumentation) kann maximal einmal je Quartal abgerechnet werden
- die Nummern 99 965, 99 966 (Betreuungspauschalen) können je Behandlungsfall, aber nicht im Quartal der Einschreibung des Patienten, abgerechnet werden
- die Nummern 99 967, 99 968 (Mitbehandlung bei kardiologisch qualifizierten Arzt) sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechnungsfähig,
- In das DMP KHK eingeschriebene Patienten können auch die Hypertonie-Schulungen des DMP Diabetes (Hypertonie ZI, HBSP) besuchen. Diese Schulungen werden über die im DMP Diabetes gültigen Ziffern abgerechnet.
- In das DMP KHK eingeschriebene Patienten, die auch an Diabetes leiden, aber nicht in das DMP Diabetes eingeschrieben sind, können die Diabetes-Schulungen im Rahmen des DMP Diabetes besuchen. Diese Schulungen werden über die im DMP Diabetes gültigen Ziffern abgerechnet.

## Anlage 7 Empfehlung Dokumentationsfrequenz

### Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz

zur Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)

Koronare Herzkrankheit (KHK) auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der LKK Baden-Württemberg

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

Quartalsweise Dokumentation	Dokumentation jedes zweite Quartal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten mit Erstdiagnose Koronare Herzkrankheit innerhalb des letzten Halbjahres</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit und mindestens einer der folgenden Begleit- bzw. Folgeerkrankung:               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie &gt; 140 mm Hg systolisch oder &gt; 90 mmHg diastolisch</li> <li>&gt; KHK- spezifische medikamentöse Neueinstellung während der letzten 6 Monate</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Blutzucker mit HbA<sub>1c</sub>- Werten nicht im Zielbereich oder mit schweren Unterzuckerungen (bei Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 1 oder 2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Z.n. Myokardinfarkt während der letzten 12 Monate</li> <li><input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen (insbesondere symptomatische Rhythmusstörungen)</li> <li><input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz NYHA II – IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit ohne neue Folge- und Begleiterkrankungen und seither beschwerdefrei</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten mit länger als 6 Monate bestehender Koronarer Herzkrankheit und insbesondere folgender/n Folge- und Begleiterkrankung(en):               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; arterieller Hypertonie systolisch ≤ 140 mm Hg und diastolisch ≤ 90 mmHg</li> <li style="padding-left: 40px;">und/ oder</li> <li><input type="checkbox"/> Blutzucker mit HbA<sub>1c</sub>- Werten im Zielbereich ohne schwere Unterzuckerungen (bei Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ 1 oder 2)</li> </ul> </li> </ul>