

1. Nachtrag

**zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms
nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) auf der Grundlage von § 73a SGB V
vom 20.09.2004, in der Fassung vom 27.10.2008**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

und

der AOK Berlin-Berlin – Die Gesundheitskasse

**dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover**

**der BIG direkt gesund
handelnd als IKK-Landesverband**

**der Knappschaft
– Regionaldirektion Berlin –**

**der Krankenkasse für den Gartenbau
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung Berlin**

den Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH–Allianz (Ersatzkasse)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin**

Der oben genannte Vertrag wird mit Wirkung zum 30.06.2010 an die Rechtsänderungen durch die **20. RSA-ÄndV** wie folgt angepasst:

(1) Präambel

Absatz 1, Satz 2 wird hinter dem Klammerzusatz „(im Folgenden KHK genannt)“ mit folgenden Wörtern ergänzt:

„mit oder ohne gleichzeitige chronische Herzinsuffizienz.“

In Absatz 2 wird folgender Satz 5 gestrichen:

„Die KHK ist die wichtigste Ursache der Herzinsuffizienz.“

Absatz 5 erhält folgende Fassung:

„Neben dem Bluthochdruck ist die KHK die Hauptursache der chronischen Herzinsuffizienz. Diesem Umstand wird mit der Integration eines Moduls ‚Chronische Herzinsuffizienz‘ bei bestehender KHK in diesem Vertrag Rechnung getragen.“

(2) § 1 Ziel der Vereinbarung

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms KHK und des Moduls chronische Herzinsuffizienz in der Region der KV Berlin.“

Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK und das Modul chronische Herzinsuffizienz sowie die medizinischen Grundlagen sind in den Anlagen 5 und 5a der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der Fassung der 20. RSA-ÄndV festgelegt. Entsprechend Ziffer 1.3 der Anlage 8 ‚Versorgungsinhalte KHK‘ und Anlage 8a ‚Versorgungsinhalte Modul chronische Herzinsuffizienz‘ dieses Vertrages streben die Vertragspartner folgende Ziele an:

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

(3) § 2 Geltungsbereich

Absatz 3 Satz 4 erhält folgende Fassung:

„Die Anlage 8 ‚Versorgungsinhalte KHK‘ und Anlage 8a ‚Versorgungsinhalte Modul chronische Herzinsuffizienz‘ dieses Vertrages entsprechen wörtlich den Anlagen 5 und 5a Ziffer 1, 2 und 3 der RSAV.“

(4) § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsektors (koordinierender Arzt)

Absatz 2 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen, unter Beachtung der nach § 11 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 8 sowie Ziffer 1.6 der Anlage 8a dieses Vertrages,“

Absatz 2 Nr. 6 bis 9 werden wie folgt gefasst:

„6. die Überweisung an andere Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen, gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 8 sowie Ziffer 1.6 der Anlage 8a,

7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 8 sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 8a genannten Indikationen eine Einweisung in ein am Programm teilnehmendes Krankenhaus entsprechend der Anlage 7 ‚Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor)‘ des Vertrages vorzunehmen. In Zweifelsfällen hinsichtlich der Krankenhauseinweisung sollte der koordinierende Arzt zuvor die Zweitmeinung eines qualifizierten Arztes gem. § 4 einholen und dokumentieren.

Eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten muss unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstrukturen an diese vertraglich eingebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,

8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme unter Beachtung der Ziffer 1.7.4 der Anlage 8 sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 8a die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX,

9. bei Überweisung oder Einweisung an andere ambulante oder stationäre Leistungserbringer

- therapierelevante Informationen entsprechend Anlagen 8 und 8a, z. B. die medikamentöse Therapie betreffend, zu übermitteln,
- von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzuholen.“

(5) § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungsektors

Absatz 2 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die Mit- und Weiterbehandlung des teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in den Anlagen 8 und 8a des Vertrages geregelten Versorgungsinhalte,“

Absatz 2 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

„4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 8 sowie Ziffer 1.6 der Anlage 8a,“

Absatz 2 Nr. 7 bis 9 werden wie folgt gefasst:

- „7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 8 sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 8a genannten Indikationen eine Einweisung in ein am Programm teilnehmendes Krankenhaus entsprechend der Anlage 7 ‚Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor)‘ des Vertrages vorzunehmen und den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten. Eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten muss unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstrukturen an diese vertraglich eingebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme unter Beachtung der Ziffer 1.7.4 der Anlage 8 sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 8a, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX,
9. bei Überweisung oder Einweisung an andere ambulante oder stationäre Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend Anlagen 8 und 8a, z. B. die medikamentöse Therapie betreffend, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzuholen.“

In Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 und Satz 2 gelten für das Modul chronische Herzinsuffizienz entsprechend.“

(6) § 5a Krankenhäuser

Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Krankenkassen binden qualifizierte Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von am Disease-Management-Programm KHK und ggf. am Modul chronische Herzinsuffizienz teilnehmenden Versicherten gesondert vertraglich ein.“

(7) § 5b Rehabilitationseinrichtungen

Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Krankenkassen binden qualifizierte Rehabilitationseinrichtungen für die medizinische Rehabilitation von am Disease-Management-Programm KHK und ggf. am Modul chronische Herzinsuffizienz teilnehmenden Versicherten gesondert vertraglich ein.“

(8) § 11 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK

Die Sätze 1 und 2 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Die medizinischen Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK und das Modul chronische Herzinsuffizienz sind in der Anlage 8 ‚Versorgungsinhalte KHK‘ und Anlage 8a ‚Versorgungsinhalte Modul chronische Herzinsuffizienz‘ definiert. Die Inhalte dieser Vertragsanlagen entsprechen den Anlagen 5 und 5a Ziffer 1, 2 und 3 der RSAV.“

(9) § 12 Grundlagen und Ziele

Satz 2 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 8 sowie Ziffer 1.6 der Anlage 8a,“

(10) § 13 Maßnahmen und Indikatoren

In Absatz 1 wird die Angabe „Anlage 5 der RSAV“ durch die Wörter „Anlagen 8 und 8a“ ersetzt.

In Absatz 2 wird die Angabe „Anlage 5 Ziffer 2 der RSAV“ durch die Wörter „der Ziffer 2 der Anlagen 8 und 8a“ ersetzt.

(11) § 15 Teilnahmevoraussetzungen

In Absatz 1, einleitender Satz vor der Aufzählung, wird die Angabe „Anlage 5 Ziffer 3 der RSAV“ durch die Wörter „Ziffer 3 der Anlage 8 des Vertrages“ ersetzt.

In Absatz 1 Nr. 1 wird die Angabe „Anlage 5 der RSAV“ durch die Bezeichnung „Anlage 8“ ersetzt.

In Absatz 2 wird das Wort „Versorgungsinhalte“ gestrichen.

Folgender neuer Absatz 3 wird eingefügt:

„(3) Versicherte, die am Disease-Management-Programm KHK teilnehmen, können, soweit und solange die Voraussetzungen der Ziffer 3 der Anlage 8a des Vertrages erfüllt sind, auf freiwilliger Grundlage zusätzlich am Modul chronische Herzinsuffizienz teilnehmen.“

Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

(12) § 16 Information und Einschreibung

In Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die koordinierenden Ärzte informieren ihre Patienten, die am Disease-Management-Programm KHK teilnehmen und die Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer 3 der Anlage 8a des Vertrages erfüllen, auch über die Möglichkeit der Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz. Der koordinierende Arzt dokumentiert die ausdrücklich erklärte Teilnahmeentscheidung des Patienten in den Dokumentationsdaten gemäß Anlage 11. Eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht erforderlich. Bei ausdrücklicher Ablehnung der Teilnahme durch den Patienten dokumentiert der Arzt dies formlos in seinen Unterlagen.“

(13) § 18 Beginn und Ende der Teilnahme

Nach Absatz 3 werden folgende neue Absätze 4 und 5 eingefügt:

- „(4) Endet eine Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz, hat dies keinen Einfluss auf die Teilnahme am Disease-Management-Programm KHK.
- (5) Endet eine Teilnahme am Disease-Management-Programm KHK, endet auch die Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz.“

Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 6.

(14) § 22 Information und Schulung der Versicherten

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„ In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie gemäß Anlagen 8 und 8a betreffend, einzubeziehen.“

(15) Anlagen

Auf der Seite „Anlagen“ wird nach „Anlage 8“ das Wort „Versorgungsinhalte“ wie folgt ergänzt: „Versorgungsinhalte KHK“. Folgender Klammerzusatz wird aufgenommen: „(gemäß Ziffer 1, 2 und 3 der Anlage 5 der RSAV in der Fassung der 20. RSA-ÄndV – Stand: 01.07.2009)“.

Danach wird folgende Zeile eingefügt: „Anlage 8a Versorgungsinhalte Modul chronische Herzinsuffizienz“. Folgender Klammerzusatz wird aufgenommen: „(gemäß Ziffer 1, 2 und 3 der Anlage 5a der RSAV in der Fassung der 20. RSA-ÄndV – Stand: 01.07.2009)“.

(16) Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“

Die Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ wird durch die neue Anlage 2 mit Stand 30.06.2010 ersetzt.

(17) Anlage 5.2 „Teilnahmeerklärung ‚Fachärztlicher Versorgungssektor‘“

Die Anlage 5.2 „Teilnahmeerklärung ‚Fachärztlicher Versorgungssektor‘“ wird durch die neue Anlage 5.2 mit Stand 30.06.2010 ersetzt.

(18) Anlage 5.3 „Ergänzungserklärung des Arztes“

Die Anlage 5.3 „Ergänzungserklärung des Arztes“ wird durch die neue Anlage 5.3 mit Stand 30.06.2010 ersetzt.

(19) Anlage 7 „Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor)“

Die Anlage 7 „Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor)“ wird durch die neue Anlage 7 mit Stand 30.06.2010 ersetzt.

(20) Anlage 8 „Versorgungsinhalte KHK“

Die Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ wird durch die neue Anlage 8 „Versorgungsinhalte KHK“ mit Stand 01.07.2009 ersetzt.

(21) Anlage 8a „Versorgungsinhalte Modul chronische Herzinsuffizienz“

Die Anlage 8a „Versorgungsinhalte Modul chronische Herzinsuffizienz“ mit Stand 01.07.2009 wird als neue Vertragsanlage aufgenommen.

Berlin, den 08.6.2010

i.V. Harald Mehmann

AOK Berlin-Brandenburg – Die Gesundheitskasse,
zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau,
diese handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung Berlin
Der Vorstand

Spad

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin-Brandenburg

sch. Traa

BIG direkt gesund
handelnd als IKK-Landesverband
Der Vorstandsvorsitzende

i.V. Ugr

Knappschaft - Regionaldirektion Berlin
- Der Leiter der Regionaldirektion -

[Signature]

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin

[Signature]

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

Anlage Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor

gemäß § 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Teilnahmeberechtigt für die fachärztlich qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte und zugelassene MVZ, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte einhalten und die Kenntnisnahme der Information durch das Praxismanual bestätigen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
<p>fachärztlich tätiger Internist oder Kardiologe [zur nicht-invasiven Diagnostik und Therapie der KHK]</p>	<p><u>Allgemeine Voraussetzungen:</u></p> <p>Information durch das Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme, ggf. Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung</p> <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</p> <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie innerhalb der letzten 5 Jahre <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die regelmäßige Betreuung von mindestens 150 Patienten im Durchschnitt mit KHK pro Quartal im letzten Jahr vor Antragstellung (Bei Bedarf werden Überprüfungen vorgenommen.) <p>KHK-spezifische Fortbildung durch von der KV oder von den Ärztekammern anerkannte oder zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen (z.B. durch Qualitätszirkel)</p> <p>mindestens zweimal 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 – Durchführung

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie¹ ▪ Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung der Doppler-Echokardiographie mit Farbcodierung gegenüber der KV ▪ Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat nachweisen kann ▪ Möglichkeit zur Durchführung der Röntgenuntersuchung des Thorax ggf. per Auftragsleistung
<p>Kardiologe mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen² (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen)</p>	<p><u>Allgemeine Voraussetzungen:</u></p> <p>Information und Kenntnisnahme durch das Praxis-Manual zu Beginn der Teilnahme, ggf. Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung</p> <p><u>Fachliche Voraussetzungen:</u></p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“</p> <p>Nachweis² der Befähigung zur Durchführung invasiver kardiologischer Leistungen (diagnostische und therapeutische Katheterinterventionen) gegenüber der KV</p> <p>KHK-spezifische Fortbildung durch von der KV oder von den Ärztekammern anerkannte oder zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen (z.B. durch Qualitätszirkel)</p> <p>mindestens zweimal jährlich</p>
<p>Kardiologe mit der Möglichkeit zur Abklärung von Indikationen für spezielle interventionelle Maßnahmen³ sowie zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers⁴ und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators</p>	<p><u>Fachliche Voraussetzungen:</u></p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Kardiologie“</p> <p>Nachweis⁴ zur Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 des EBM) gegenüber der KV Berlin</p>

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

³ Zu den speziellen interventionellen Maßnahmen zählen insbesondere die kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) und die Therapie mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)

⁴ gem. „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle) vom 01.04.2006“

Teilnahmeerklärung des Arztes

„Fachärztlicher Versorgungssektor“ gem. § 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Name Vorname:

Geburtsdatum:

Niederlassung zum: als:

Facharztanerkennung als/vom:

weitere Weiterbildungsabschlüsse:

(Schwerpunktbezeichnung/Subspezialisierung)

Praxisanschrift:

Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....[LANR]

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

Am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms KHK zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin möchte ich teilnehmen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),

Anlage 5.2

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der KV Berlin mit der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Berlin in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis über

- die Veröffentlichung ihres Namens und ihrer Anschrift in dem gesonderten „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

erklärt.

Mir bzw. den in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Ich möchte an der **fachärztlich qualifizierten Versorgung gemäß § 4** des Vertrages teilnehmen.

Hiermit beantrage ich zusätzlich gemäß § 4 Abs. 3 des Vertrages die Möglichkeit der Übernahme von **Aufgaben eines koordinierenden Arztes** gem. § 3 Abs. 2 des Vertrages für Patienten, die ich bereits vor der Einschreibung dauerhaft betreut habe und für Patienten, für die eine kontinuierliche Betreuung im fachärztlichen Versorgungssektor aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
(Zur Zeit werden in meiner Praxis insgesamt Patienten betreut)

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

Ich möchte am Vertrag wie folgt teilnehmen:

persönlich

durch die bei mir angestellten Ärzte

Für die Teilnahme am Vertrag, durch bei mir angestellte Ärzte, habe ich die Anlage 5.3 (Ergänzungserklärung des Arztes) ausgefüllt und beigelegt.

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

a) _____ [BSNR]

b) _____ [NBSNR]

c) _____ [NBSNR]

Ich versichere, dass die nachfolgenden Voraussetzungen in jeder Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten werden.

Für den fachärztlich tätigen Internisten oder Kardiologen
(zur nichtinvasiven Diagnostik und Therapie der KHK)

Folgende fachliche Voraussetzungen werden durch mich erfüllt:

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

oder

Facharzt für Innere Medizin

und
eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie innerhalb der letzten 5 Jahre

oder

die regelmäßige Betreuung von mindestens 150 Patienten im Durchschnitt mit KHK pro Quartal im letzten Jahr vor Antragstellung
(Bei Bedarf werden Überprüfungen vorgenommen.)

Anlage 5.2

Folgende organisatorische/apparative Voraussetzungen werden durch mich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten erfüllt:

- Möglichkeit zur Durchführung von Blutdruckmessungen nach nationalen Qualitätsstandards
- Möglichkeit zur 24-Stunden-Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards
- Qualitätsgesicherte EKG-Durchführung
- Belastungs-EKG unter Berücksichtigung der Leitlinien zur Ergometrie
- Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung der Doppler-Echokardiographie mit Farbcodierung gegenüber der KV
- Laborchemische Untersuchungen in einem Labor, welches ein Ringversuchszertifikat gemäß der gültigen „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ nachweisen kann

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte verpflichten sich außerdem:

zur regelmäßigen KHK-spezifischen Fortbildung durch von der KV oder von den Ärztekammern anerkannte oder zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen (z.B. durch Qualitätszirkel), mindestens zweimal jährlich

Für den Kardiologen mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen)

Folgende fachliche Voraussetzungen werden durch mich erfüllt:

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

Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (diagnostische und therapeutische Katheterinterventionen) gegenüber der KV

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte verpflichten sich außerdem:

zur regelmäßigen KHK-spezifischen Fortbildung durch von der KV oder von den Ärztekammern anerkannte oder zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen (z.B. durch Qualitätszirkel), mindestens zweimal jährlich

Für den Kardiologen mit der Möglichkeit zur Abklärung von Indikationen für spezielle interventionelle Maßnahmen sowie zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators:

Folgende fachliche Voraussetzungen werden durch mich erfüllt:

Nachweis zur Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 des EBM) gegenüber der KV Berlin

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen der Datenstelle nach § 25 des Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die in meiner Praxis im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Das Praxismanual habe ich sowie die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Erklärung zu jedem angestellten Arzt

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms KHK zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

 Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o. [NBSNR] als koord. Arzt § 3 als qual. FA § 4 ab Datum

- Die fachlichen Voraussetzungen gemäß § 3 werden durch den genannten, bei mir angestellten Arzt erfüllt.
- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 4 wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

Für den fachärztlich tätigen Internisten oder Kardiologen (zur nichtinvasiven Diagnostik und Therapie der KHK)

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

oder

Facharzt für Innere Medizin
 und
 eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie innerhalb der letzten 5 Jahre

oder
 die regelmäßige Betreuung von mindestens 150 Patienten im Durchschnitt mit KHK pro Quartal im letzten Jahr vor Antragstellung
 (Bei Bedarf werden Überprüfungen vorgenommen.)

Für den Kardiologen mit der Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterinterventionen)

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

Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (diagnostische und therapeutische Katheterinterventionen) gegenüber der KV

Für den Kardiologen mit der Möglichkeit zur Abklärung von Indikationen für spezielle interventionelle Maßnahmen sowie zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators:

Nachweis zur Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 des EBM) gegenüber der KV Berlin

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms KHK zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als qual. FA § 4 ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender Arzt/
Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel

Anlage Leistungserbringer-Verzeichnis (stationärer Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Leistungserbringer-Verzeichnis KHK (stationärer Sektor, Krankenhäuser)

Versorgungsoptionen (Mehrfachnennungen möglich)

- A = Krankenhaus mit ausschließlich nicht-invasiver Diagnostik/Therapie
- B = Krankenhaus mit zusätzlich invasiver Diagnostik/Therapie
- C = Krankenhaus mit speziellen interventionellen Maßnahmen
- D = Herz-Thorax-Chirurgie

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

In den Feldern „Beginn der Teilnahme“ werden die seit Erstellung des letzten Verzeichnisses neu hinzugeetretenen, in den Feldern „Ende der Teilnahme“ die seit Erstellung des letzten Verzeichnisses ausgeschiedenen stationären Einrichtungen deutlich markiert, z.B. durch Färbung des entsprechenden Feldes.

Leistungserbringer-Verzeichnis KHK (Rehabilitationseinrichtungen)

Reha-IK	Name der Reha-Einrichtung	ggf. Träger der Reha-Einrichtung	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Telefon-Nr.	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz

In den Feldern „Beginn der Teilnahme“ werden die seit Erstellung des letzten Verzeichnisses neu hinzugeetretenen, in den Feldern „Ende der Teilnahme“ die seit Erstellung des letzten Verzeichnisses ausgeschiedenen Rehabilitationseinrichtungen deutlich markiert, z.B. durch Färbung des entsprechenden Feldes.

Anlage Versorgungsinhalte KHK

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Versorgungsinhalte gemäß Ziffer 1, 2 und 3 der Anlage 5 der RSAV

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit (KHK)

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

1.1 Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK)

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

1.2 Hinreichende Diagnostik für die Aufnahme in ein strukturiertes Behandlungsprogramm

1.2.1 Chronische KHK

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

1. bei einem akuten Koronarsyndrom¹⁾, auch in der Vorgeschichte;
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90 Prozent) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt²⁾. Nur bei Patientinnen und Patienten, die nach Feststellung der Ärztin oder des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher oder bei Patientinnen und Patienten, die physikalisch nicht belastbar sind), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden;
3. durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen unter Ziffer 1.5.3.1).

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder 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 der Patientin oder 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 (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:

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.

1.4 Differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung

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

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

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

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

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

1.5.1.1 Ernährungsberatung

Im Rahmen der Therapie berät die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und Patienten über eine KHK-spezifische gesunde Ernährung und bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten über eine Gewichtsreduktion.

1.5.1.2 Raucherberatung

Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientinnen und die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens 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.
- Änderungsbereite Raucherinnen und Raucher sollen über wirksame Hilfen zur Raucherentwöhnung (nichtmedikamentöse Maßnahmen, Nikotinersatztherapie oder eine Kombination aus beidem) beraten werden.
- Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliche Aktivitäten

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

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 die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und 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 sozioemotionaler Rückhalt, Probleme am Arbeitsplatz sind unter anderem 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, 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.

- 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-Patientinnen und -Patienten überdurchschnittlich hoch.
- Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK werden primär Betablocker – gegebenenfalls in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten³⁾ unter Beachtung der Kontraindikationen – empfohlen.
- Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK sind bei absoluten Kontraindikationen für Betablocker (zum Beispiel bei Asthma bronchiale, höhergradigem AV-Block) Nitrate und/oder Kalzium-Antagonisten zu erwägen.
- Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) unter Beachtung der Kontraindikationen eingesetzt werden. Es sollten diejenigen Statine bevorzugt verwendet werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung in der Sekundärprävention nachgewiesen ist.
- ACE-Hemmer sind grundsätzlich bei allen KHK-Patientinnen und -Patienten in der frühen Postinfarktphase (4 Wochen) indiziert und wenn die chronische KHK mit einer begleitenden Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion und/oder mit der Komorbidität Hypertonie und/oder Diabetes mellitus einhergeht. Im Falle einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit können bei Patientinnen und Patienten mit KHK und einer systolischen Herzinsuffizienz oder dem gleichzeitigen Vorliegen der Komorbiditäten Hypertonie und Diabetes mellitus AT1-Rezeptorantagonisten eingesetzt werden.
- Grundsätzlich sollen alle Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten. Eine Kombinationstherapie von Acetylsalicylsäure plus Clopidogrel ist nach einem akuten Koronarsyndrom, insbesondere nach Einsatz von Stents, für mindestens vier

Wochen – gefolgt von einer Dauertherapie mit Acetylsalicylsäure – indiziert. Eine längere Gabe der Kombinationstherapie kann nach akutem Koronarsyndrom indiziert sein. Die Dauer der kombinierten Thrombozytenaggregationshemmung ist insbesondere abhängig von der Art der Intervention. Die interventionell tätigen Kardiologinnen oder Kardiologen müssen die weiterbehandelnden Ärztinnen oder Ärzte über die Art des verwendeten Stents und die daraus begründete Dauer der Kombinationsbehandlung informieren.

Die tatsächlich eingenommene Medikation, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie sind zu erfragen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

1.5.3 Koronarangiografie – Interventionelle Therapie – Koronarrevaskularisation

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

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

1.5.3.1 Koronarangiografie

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

- bei Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom⁴),
- bei Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) trotz medikamentöser Therapie⁵),
- bei Patientinnen und Patienten mit Hochrisikomerkmale bei der nicht-invasiven Vortestung, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris⁴),
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- bei Patientinnen und Patienten mit Angina pectoris 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 bestverfügbarer 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 nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich auf Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris oder Anginaäquivalent. Die Therapie des akuten Koronarsyndroms ist nicht Gegenstand der Empfehlungen.

- Bei linkskoronarer signifikanter Hauptstammstenose soll primär die operative Revaskularisation (CABG) angestrebt werden.

- Bei Mehrgefäßkrankung mit hochgradigen proximalen Stenosen (> 70 Prozent) sollen – vorrangig mit dem Ziel der Symptomkontrolle – revaskularisierende Maßnahmen empfohlen werden.
- Bei Eingefäßkrankung mit hochgradiger proximaler RIVA-Stenose (> 70 Prozent) sollte – unabhängig von der Symptomatik – eine Koronarrevaskularisation empfohlen werden.
- Bei ausgeprägter, persistierender, trotz medikamentöser Therapie bestehender Symptomatik soll zur Symptomkontrolle eine Revaskularisation erwogen werden, bei Eingefäßkrankung ohne proximale RIVA-Stenose primär eine perkutane Koronarintervention (PCI).

1.6 Rehabilitation

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

Dimensionen und Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

- 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 (unter anderem 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,
- die langfristige wohnortnahe Nachsorge und Betreuung.

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

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

1.7.1 Hausärztliche Versorgung

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

In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit koronarer Herzkrankheit eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 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 die-

ser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 sind von der gewählten Ärztin, dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn deren besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

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

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

- zunehmende oder erstmalige Angina pectoris-Beschwerden,
- neu aufgetretene Herzinsuffizienz,
- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
- medikamentöse Non-Responder,
- Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten (zum Beispiel Hypertonie, Diabetes, Depression),
- Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (zum Beispiel Klappenvitien),
- Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
- Rehabilitation,
- Schulung von Patientinnen und Patienten.

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

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

- Verdacht auf akutes Koronarsyndrom,
- 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.

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 Patientinnen und Patienten mit stabiler Angina pectoris und dadurch bedingten limitierenden Symptomen⁶⁾, die trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen persistieren,
- bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen⁶⁾, die trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen persistieren.

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

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

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

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 1 gelten entsprechend.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

1. Bei einem akuten Koronarsyndrom¹⁾, auch in der Vorgeschichte;
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, das innerhalb der letzten drei Jahre durchgeführt worden ist, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90 Prozent) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt²⁾. Nur bei Patientinnen und Patienten, die nach Feststellung der Ärztin oder des Arztes aus gesundheitlichen Gründen für ein Belastungs-EKG nicht in Frage kommen oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher oder bei Patientinnen und Patienten, die physikalisch nicht belastbar sind), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden;
3. direkter Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen nach Ziffer 1.5.3.1).

3.3 Voraussetzungen für die Teilnahme an dem zusätzlichen Modul Herzinsuffizienz

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

¹⁾ 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.

²⁾ 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 bis 69 Jahren heranzuziehen.

³⁾ Die Anwendung von kurzwirkenden Kalzium-Antagonisten vom Dihydropyridin-Typ sollte vermieden werden.

⁴⁾ Betrifft das Therapieziel „Senkung der Morbidität, Mortalität“.

⁵⁾ Betrifft das Therapieziel „Beschwerdefreiheit“.

⁶⁾ Unter limitierenden Symptomen ist eine für die Patientin oder den Patienten – unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände – wesentliche Einschränkung der Lebensqualität zu verstehen. Diese kann nur individuell festgelegt werden.

Anlage Versorgungsinhalte Modul chronische Herzinsuffizienz

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Versorgungsinhalte gemäß Ziffer 1, 2 und 3 der Anlage 5a der RSAV

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

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

1.1 Definition der chronischen Herzinsuffizienz

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

Pathophysiologisch liegt eine multisystemische Störung vor, die unter anderem durch die Dysfunktion der Herz und Skelettmuskulatur sowie der Nierenfunktion charakterisiert ist².

Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome wie zum Beispiel Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungsinderung) und/oder Flüssigkeitsretention auf Grund einer kardialen Funktionsstörung bestehen¹).

1.2 Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe

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

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

1.3 Therapieziele

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

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

1.4 Therapeutische Maßnahmen

1.4.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

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

Die Flüssigkeitsaufnahme sollte sich am klinischen Zustand der Patientinnen und Patienten und an deren Nierenfunktion orientieren. Eine Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme auf 1,5 bis 2 Liter pro Tag ist bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz, anhaltenden Stauungszeichen, Hypervolämie und/oder Hyponatriämie zu erwägen. Eine exzessive Flüssigkeitsaufnahme ist zu vermeiden.

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

1.4.2 Medikamentöse Therapie

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

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

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

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

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

– Therapie mit Beta-Rezeptorenblockern (Betablocker):

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

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

Die Dosierung von ACE-Hemmern und von Betablockern ist bei symptomatischer Hypotonie entsprechend anzupassen, so dass die Behandlung von der Patientin oder vom Patienten toleriert wird. Dabei ist zu beachten, dass vor einer Dosisreduktion aufgrund einer symptomatischen Hypotonie zunächst die Dosierung der übrigen blutdrucksenkenden Begleitmedikation reduziert wird.

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

Bei Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung mit ACE-Hemmern aufgrund eines durch ACE-Hemmer bedingten Hustens nicht tolerieren, kann der Wechsel auf einen AT1-Rezeptorantagonisten zur Beschwerdebesserung oder zur Beschwerdefreiheit führen. In

diesem Fall können AT1-Rezeptorantagonisten verwendet werden, für die ein Nutzen bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz belegt ist.

– Therapie mit Aldosteron-Antagonisten:

Patientinnen und Patienten mit einer LVEF unter 35 Prozent, die trotz optimaler Therapie mit ACE-Hemmer und Betablocker und Diuretikum im Stadium NYHA III-IV sind, sollten additiv mit Spironolacton in niedriger Dosierung behandelt werden. Es ist zu beachten, dass mit steigender Dosierung die Gefahr einer Hyperkaliämie zunimmt. Daher sind in diesem Fall engmaschigere Kontrollen des Serum-Kaliums erforderlich. Voraussetzung ist, dass bei Therapiebeginn das Serum-Kreatinin unter 2,5 mg/dl und das Serum-Kalium unter 5 mmol/l liegen. Nach einem Herzinfarkt kann anstelle von Spironolacton Eplerenon gegeben werden.

– Therapie mit Diuretika:

Alle Patientinnen und Patienten, die Stauungszeichen aufweisen, sollen mit Diuretika behandelt werden, da Diuretika die einzige Therapieoption zur Kontrolle des Volumenstatus darstellen. In Kombination mit der mortalitätssenkenden Therapie soll die zur Symptomkontrolle niedrigste erforderliche Dosis verwendet werden. Der Nutzen ist belegt für Schleifendiuretika und Thiaziddiuretika.

– Therapie mit Herzglykosiden (Digitalis):

Patientinnen und Patienten, die trotz Therapie mit einem Betablocker ein chronisches tachykardes Vorhofflimmern aufweisen, sollten zusätzlich mit Digitalis behandelt werden. Für Patientinnen und Patienten mit Sinusrhythmus stellt Digitalis lediglich ein Reservemedikament dar und sollte bei diesen Patientinnen und Patienten nur gegeben werden, wenn sie trotz Ausschöpfung der vorgenannten medikamentösen Therapie weiterhin im Stadium NYHA III-IV sind.

– Orale Antikoagulationstherapie:

Bei chronischem oder paroxysmalem Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz besteht ein besonders hohes Risiko für thromboembolische Ereignisse, so dass hier in der Regel eine effektive orale Antikoagulation (INR 2-3) durchzuführen ist. In diesem Fall sollte die wegen KHK durchgeführte Thrombozytenaggregationshemmung in der Regel beendet und auf die orale Antikoagulation umgestellt werden. Über eine in besonderen Situationen (zum Beispiel Stent-Implantation) dennoch indizierte Kombinationstherapie ist in Kooperation mit der qualifizierten Fachärztin oder dem qualifizierten Facharzt beziehungsweise der qualifizierten Einrichtung zu entscheiden. Eine orale Antikoagulation ist bei bestehendem Sinusrhythmus im Allgemeinen nicht indiziert.

1.4.3 Spezielle interventionelle Maßnahmen

Ergänzend zur medikamentösen Therapie und zu den allgemeinen nicht-medikamentösen Maßnahmen sollte die Indikation zur Durchführung spezieller interventioneller Maßnahmen individuell geprüft werden. Dabei sind der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten und die Möglichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität sowie die Lebenserwartung und gegebenenfalls vorliegende Begleiterkrankungen, welche Lebensqualität und Lebenserwartung beeinträchtigen, zu berücksichtigen. Die Entscheidung ist gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und in Kooperation mit der qualifizierten Fachärztin oder dem qualifizierten Facharzt beziehungsweise der qualifizierten Einrichtung auf der Basis einer individuellen Nutzen-Risikoabschätzung vorzunehmen.

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

1.4.3.1 Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)

Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz können unter bestimmten Voraussetzungen von einer kardialen Resynchronisationstherapie bezüglich Symptomatik und Sterblichkeit profitieren. Bei Patientinnen und Patienten mit einer LVEF

unter 35 Prozent und Sinusrhythmus und entweder einem kompletten Linksschenkelblock oder einer echokardiographisch nachgewiesenen ventrikulären Dyssynchronie mit breiten QRS-Komplexen (≥ 120 ms), die trotz optimaler medikamentöser Therapie hochgradig symptomatisch sind (Stadium NYHA III-IV), sollte eine Abklärung der Indikation zur CRT erfolgen.

1.4.3.2 Therapie mit implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)

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

Zur Prävention eines erneuten Ereignisses:

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

Zur Prävention eines erstmaligen Ereignisses:

- Patientinnen und Patienten mit einer LVEF unter 30 bis 35 Prozent und Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III/IV. Bei Patientinnen und Patienten in der chronischen Postinfarktphase gilt dies frühestens vierzig Tage nach dem Infarktereignis.

1.5 Monitoring

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

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

Die tatsächlich eingenommene Medikation, einschließlich der Selbstmedikation, und mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie sind zu erfragen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen möglichst frühzeitig vornehmen zu können.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung ist insbesondere zu achten auf:

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

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

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

1.6 Kooperation der Versorgungsebenen

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

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

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

- bei Fortschreiten der chronischen systolischen Herzinsuffizienz trotz individuell angepasster Therapie gemäß Ziffern 1.4.1 und 1.4.2,
- falls erforderlich zur Erreichung einer optimalen medikamentösen Therapie gemäß Ziffer 1.4.2,
- zur Kontrolle mittels Echokardiographie bei relevanten Verschlechterungen des klinischen Zustandes der Patientin oder des Patienten,
- zur Abklärung von Indikationen für spezielle interventionelle Maßnahmen gemäß Ziffern 1.4.3.1 und 1.4.3.2 zu einem diesbezüglich qualifizierten Facharzt oder zu einer diesbezüglich qualifizierten Fachärztin oder zu einer diesbezüglich qualifizierten Einrichtung,
- zur Abklärung einer Transplantationsindikation.

Der jeweils qualifizierte Facharzt oder die jeweils qualifizierte Fachärztin oder die qualifizierte Einrichtung soll nach Möglichkeit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin Empfehlungen zur weiteren individuellen Anpassung der Dosierung der medikamentösen Herzinsuffizienz-Behandlung sowie des Körpergewichts beziehungsweise des Volumenstatus aussprechen.

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

1.6.2 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

Die stationäre Einrichtung soll der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt bei Entlassung der Patientin oder des Patienten Empfehlungen zur weiteren individuellen An-

passung der Dosierung der medikamentösen Herzinsuffizienz-Behandlung sowie des Körpergewichts beziehungsweise des Volumenstatus aussprechen.

1.6.3 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

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

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

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

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 einer Teilnahme am Modul Chronische Herzinsuffizienz profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

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

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

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