

**V E R T R A G**

zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse**

**dem BKK-Landesverband NORDWEST**

- handelnd für die Betriebskrankenkassen -

**der IKK classic**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

**der KNAPPSCHAFT**

den Ersatzkassen in Nordrhein

- **Techniker Krankenkasse (TK)**

- **BARMER**

- **DAK-Gesundheit**

- **Kaufmännische Krankenkasse KKH**

- **Handelskrankenkasse (hkk)**

- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

-

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

und der

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

**Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf**

über ein

**strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137 f SGB V**

**zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung**

**von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)**

# Inhaltsverzeichnis

## **Präambel**

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

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

### **Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs (koordinierender Arzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungsbereichs
- § 4a Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Ärzteverzeichnis

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren für die Qualitätssicherung
- § 11a Förderung der Wirtschaftlichkeit
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzung

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

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 18 Versicherten-Teilnehmerverzeichnis

## **Abschnitt VI – Schulungen**

§ 19 Ärzte

§ 20 Versicherte

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

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

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

§ 26 Datenfluss

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

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

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

## **Abschnitt X - Evaluation**

§ 33 Evaluation

## **Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung**

§ 34 Vergütung und Abrechnung

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

§ 35 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

§ 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 37 Laufzeit und Kündigung

§ 38 Schriftform

§ 39 Salvatorische Klausel

## Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2
Anlage 2	Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 4
Anlage 3	unbesetzt
Anlage 4	Strukturqualität für weitere Ärzte (Auftragsleistung)
Anlage 5a	Teilnahmeerklärung Ärzte
Anlage 5b	Ergänzungserklärung Ärzte
Anlage 6	unbesetzt
Anlage 7	unbesetzt
Anlage 8	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte, Datenschutzinformation Versicherte, Patienteninformation
Anlage 9	Qualitätssicherung
Anlage 10	Ärzteverzeichnis (ambulanter Sektor)
Anlage 10a	Verzeichnis teilnehmender Krankenhäuser
Anlage 11	Patientenschulung

## Erläuterungen

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag
- „Ärzte“ wird allgemeinernd verwendet und bezieht sich auf Ärztinnen und Ärzte
- „Ärzte“ sind Vertragsärzte i.S. d. §§ 3 und 4, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen i. S. d. § 4a sowie angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.
- „Angestellte Ärzte“ sind angestellte Ärztinnen und Ärzte
- Angestellte Ärzte in Vertragsarztpraxen und in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihres Status teil; sie haben die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Pflichten zu beachten, auch wenn sie nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind
- „anstellender Arzt“ können auch mehrere Vertragsärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30
- „BVA“ ist das Bundesversicherungsamt
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21
- „DMP“ steht für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie
- „DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie
- „Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Stand vom 01.04.2017 aufgeführten Daten
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 3 Absatz 2
- „Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4a
- „Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände
- „KV Nordrhein“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- „Patient“ sind weibliche und männliche Patienten
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der jeweils geltenden Fassung
- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte
- „Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen
- Versorgungsinhalte sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL geregelt und Bestandteil des Vertrages, deren Inhalt ist verbindlich.

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

## PRÄAMBEL

Herzkrankheiten mit Minderdurchblutung der Koronargefäße sind die häufigste Todesursache in den westlichen Industrieländern. Beeinflussbare Ursachen der Koronaren Herzkrankheit (KHK) liegen in bestimmten häufigen Eigenschaften der Lebensform wie Fehlernährung, Übergewicht, Rauchen und mangelnder körperlicher Betätigung. Die KHK gilt gleichzeitig als schwerwiegende Folgekrankheit der Stoffwechselstörung des Diabetes mellitus bei nicht adäquater Behandlung.

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

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

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL einschließlich der 6. Änderung (Beschlussfassung vom 20.04.2017).

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

**Abschnitt I**  
**Ziele, Geltungsbereich**

**§ 1**  
**Ziele des Vertrages**

(1) Ziele dieses Vertrages sind:

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

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

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

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

- (1) Dieser Vertrag gilt für
1. Vertragsärzte in der Region der KV Nordrhein, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung von der KV Nordrhein erhalten haben.
  2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
  3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern die Krankenkasse des Versicherten vorab diesen Vertrag gegen sich gelten lässt oder die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die Vergütungen gemäß § 34 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.
- (4) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV, die DMP-AF-RL sowie insbesondere die DMP-A-RL. Näheres hierzu regelt § 37 dieses Vertrages.
- (5) Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt nach dem Gesetz nicht am Risikostrukturausgleich teil § 1 Absatz 3 RSAV).



## **Abschnitt II**

### **Teilnahme der Ärzte**

#### **§ 3**

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs (koordinierender Arzt )**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 1* erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen, in denen eine Versorgung nach Absatz 2 nicht durchführbar ist, kann ein Patient mit Koronarer Herzkrankheit einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn seine/ihre besondere Qualifikation für die Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.
- (4) Teilnahmeberechtigt nach Absatz 3 sind demnach Internisten, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 2* persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.
- (5) Soweit eine Versorgung nach den Absatz 2 bis 3 nicht ausreicht, kann eine Einrichtung, die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, die die Strukturqualität nach Absatz 2 erfüllt und an dem Programm teilnimmt, durch einen Patienten entsprechend Absatz 3 gewählt werden.
- (6) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit

seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (7) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Vertragsarzt unverzüglich mit Hilfe des in der *Anlage 5b* beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Ärzte) mitgeteilt.
- (8) Zu den Pflichten der nach den Absätzen 2 bis 5 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gehören insbesondere
1. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzteunter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
  2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Erst- und Folgedokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
  3. bei der Behandlung von Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen,
    - a) die Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
    - b) die Berücksichtigung von Wechselwirkungen in der Behandlung,
    - c) die Synchronisierung der jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen Dokumentationszeiträume,
  4. die vollständige Erstellung plausibler Dokumentationen entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL; soweit diese nicht ausreichend bzw. nicht plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender bzw. Korrektur unplausibler Parameter auf Anforderung,
  5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen,
7. die Beachtung der Überweisungsregeln entsprechend Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen, zum Beispiel zur Einbeziehung eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten zur Durchführung supportiver psychotherapeutischer Interventionen, zum Beispiel Krisenintervention und/oder psychoedukative Maßnahmen, über eine Überweisung.
8. bei Überweisung an andere Ärzte
  - a) diagnostik- und therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln.
  - b) von diesen Ärzten diagnostik- und therapierelevante Informationen einzufordern.
  - c) auf dem Überweisungsschein zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist.
9. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus entsprechend der *Anlage 3* des Vertrages unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte in das DMP KHK eingeschrieben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
10. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL zu prüfen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-10 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

## § 4

### Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungsbereichs

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

5. bei Überweisung an andere Ärzte
  - a) diagnostik- und therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
  - b) von diesen Ärzten diagnostik- und therapierelevante Informationen einzufordern,
6. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 sind therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln. Die Vertragspartner empfehlen folgende Regelung: Die Rücküberweisung soll in der Regel innerhalb von zwei Monaten nach erstem Versichertenkontakt, spätestens nach Ablauf von vier Monaten, erfolgen. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt nach § 3 je Behandlungsfall therapierelevante Informationen je Quartal zu übermitteln.
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus entsprechend der *Anlage 3* unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen, den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP KHK eingeschrieben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL zu prüfen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-8 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

## **§ 4a**

### **Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser werden in diesen Verträgen verpflichtet, bestimmte Anforderungen an die Strukturqua-

lität zu erfüllen und die Patienten gemäß den medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu behandeln.

- (2) Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen die medizinischen Grundlagen der DMP-A-RL beachten und die fachliche Qualifikation sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren nachweisen.
- (3) Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

## **§ 5**

### **Teilnahmeerklärung**

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

## § 6

### Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

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

## § 7

### Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Genehmigung zur Teilnahme durch die KV Nordrhein, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß *Anlage 5a* „*Teilnahmeerklärung Ärzte*“.
- (2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die KV Nordrhein informiert die Krankenkassen über das Ausscheiden eines Vertragsarztes.
- (4) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Nordrhein.
- (6) Die Teilnahme am Programm endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall

ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung, z.B. Patientenschulungen des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der *Anlage 5b* beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Ärzte).

- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der *Anlage 1* „*Strukturqualität koordinierender Arzt*“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

## § 8

### Ärzteverzeichnis

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



2. bei Bedarf den teilnahmewilligen bzw. teilnehmenden Versicherten durch die Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung, und
  3. der Datenstelle nach § 21 durch die KV Nordrhein (ambulanter Sektor).
- (5) Diese Verzeichnisse können mit Zustimmung der Ärzte veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung erteilt.

### **Abschnitt III**

#### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

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

##### **Koronare Herzkrankheit**

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der *Anlage 5 DMP-A-RL* definiert und verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen durch die KV Nordrhein zu unterrichten. Die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
  
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die teilnehmenden Vertragsärzte an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen für KHK teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandeln und beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Vertragsärzte Versicherte wegen KHK aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt IV Qualitätssicherung**

### **§ 10 Grundlagen und Ziele**

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

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 5 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

### **§ 11 Maßnahmen und Indikatoren für die Qualitätssicherung**

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Ziele, Maßnahmen und Indikatoren zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 der DMP-A-RL insbesondere
  1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte.
  2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann darüber hinaus ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte sein.
  3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.

4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in *Anlage 9* des Vertrages fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationsdaten ergeben.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 9 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

### **§ 11a**

#### **Förderung der Wirtschaftlichkeit**

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

### **§ 12**

#### **Maßnahmen bei Vertragsverletzung**

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen wirksame Maßnahmen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Vertragsärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Verstößt der Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

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

## **Abschnitt V**

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

#### **§ 13**

##### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der beteiligten Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
  1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 5 Ziffern 1.2 und 3.2 der DMP-A-RL,
  2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
  3. die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden

können, und dass in den Fällen des § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Angesichts dieser Möglichkeit, an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen zu können, werden die Vertragspartner darauf hinwirken, die hausärztliche Betreuung bei einem koordinierenden Arzt zusammenzuführen.

## **§ 14**

### **Information und Einschreibung**

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die *Anlage 8* des Vertrages (Patienteninformation), umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Der koordinierende Arzt gemäß § 3 informiert entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL seine nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
  1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
  2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung des koordinierenden Vertragsarztes, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose gesichert und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an

Schulungen bereit ist und durch die intensivierete Betreuung eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung möglich ist.

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

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

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

## **§ 16**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

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

## **§ 17**

### **Wechsel des koordinierenden Arztes**

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

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

## **§ 18**

### **Versicherten-Teilnehmerverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein (bei Bedarf) eine Liste für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Nähere Details zu Art, Umfang und Verwendungszweck werden in einer separaten Vereinbarung von den Vertragspartnern geregelt.

## **Abschnitt VI**

### **Schulungen**

## **§ 19**

### **Ärzte**

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



- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

## § 20

### Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert anhand der *Anlage 8* ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte hat grundsätzlich Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (siehe Anlage 11). Der koordinierende Arzt prüft unter der Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Schulung profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere auch bei der Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die entsprechend der *Anlage 11* hierzu befähigt sind und eine Genehmigung zur Schulung von der KV Nordrhein erhalten haben. In die Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, insbesondere betreffend die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden. Der mit der Schulung beauftragte Arzt ist verpflichtet, auf die gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen.
- (4) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in der Anlage 11 genannten Schulungsprogramme genutzt.

## **Abschnitt VII**

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

#### **§ 21**

##### **Datenstelle**

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle mit den in den Absätzen 2 bis 6 genannten Aufgaben.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß *Anlage 5a* im Hinblick auf die in Absatz 6 genannten Aufgaben den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
  1. Annahme/Erfassung der Dokumentationsdaten ,
  2. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten,
  3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein.
- (4) Die beteiligten Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
  1. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
  2. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten,
  3. Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  4. Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Erstdokumentation) unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
  5. Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Folgedokumentation) unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.

Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieses Vertrages sind.

- (5) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 (*Anlage 5a*) beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm übermittelten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Arbeitsgemeinschaft,
  3. Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse.
- (6) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

## **§ 22**

### **Erst- und Folgedokumentation**

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

Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

## **§ 23**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt,
1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und
  2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Tagen nach Erstellung auf elektronischem Weg an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose binnen 10 Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal

sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

- (2) Der teilnehmende Vertragsarzt kann versicherten- und arztbezogene Daten entsprechend der DMP-A-RL nur an die beauftragte Datenstelle auf elektronischem Wege übermitteln, wenn er gegenüber der KV Nordrhein nachweist, dass die eingesetzte Software von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der jeweils anzuwendenden Plausibilitätsrichtlinie zertifiziert ist. Zusätzlich hat der teilnehmende Vertragsarzt gegenüber der KV Nordrhein zu bestätigen, dass ausschließlich die genehmigte Software-Version Anwendung gefunden hat.
- (3) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei elektronischer Übermittlung der versicherten- und arztbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.
- (4) Der koordinierende Arzt sendet mindestens alle 10 Tage Datensätze an die Datenstelle. Die Datensätze sind vor dem Versand zu verschlüsseln. Die Datensätze können per Datenträger (ausgenommen Diskette), Datenfernübertragung oder per Email bei der Datenstelle eingereicht werden. Beschädigte Datenträger und unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden. Die Datenstelle fordert in diesem Fall den Arzt zur Neulieferung der entsprechenden Daten auf.
- (5) Die Versicherten willigen durch ihre einmalige Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung in die regelmäßige Datenübermittlung ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhalten jeweils einen Ausdruck der übermittelten Daten.

## **§ 24**

### **Datenzugang**

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

## **§ 25**

### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von der Daten-

stelle gelöscht. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss an die Krankenkassen, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 26**

##### **Datenfluss**

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

#### **§ 27**

##### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KV Nordrhein und an die jeweiligen Datenzentren der beteiligten Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

#### **§ 28**

##### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle gelöscht. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den je-

weils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

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

**§ 29**

**Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

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

**§ 30**

**Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß *Anlage 9* weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

**§ 31**

**Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach § 29 haben die Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR im Sinne des § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gegründet. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.

## § 32

### Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß *Anlage 9* durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
  - die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
  - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten,
  - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten,
  - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m § 6 DMP-A-RL,
  - die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## Abschnitt X – Evaluation

### § 33

#### Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt nach § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KV Nordrhein gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V, die Leistungsdaten der Krankenkassen.

- (4) Dieser Abschnitt gilt nicht für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse.

## **Abschnitt XI**

### **Vergütung und Abrechnung**

#### **§ 34**

### **Vergütung und Abrechnung**

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

## **Abschnitt XII**

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 35**

### **Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz**

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

#### **§ 36**

### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

Die KV Nordrhein liefert gemäß § 295 Absatz 2 SGB V, unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesschiedsamtes vom 28.02.03, quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsda-



ten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 37**

### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2018 in Kraft und löst den ab 01.03.2016 gültigen Vertrag ab.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA nach § 137f Absatz 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (5) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Im Fall der Kündigung aus den in Satz 1 genannten Gründen verständigen sich die betroffenen Vertragspartner über eine Überführung dieses DMP in eine andere Vertragsform.
- (6) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des DMP zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit KHK sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

## **§ 38**

### **Schriftform**

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

## **§ 39**

### **Salvatorische Klausel**

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

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten ab 01.04.018

**Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 16.03.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**



Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender



Dr. med. Carsten König M. san  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse**

---

Matthias Mohrmann  
Mitglied des Vorstandes

**BKK-Landesverband NORDWEST**

---

Ralf Heinser  
Geschäftsbereichsleitung

**IKK classic**

---

Andreas Woggon  
Leiter Landesvertragspolitik Nordrhein

**SVLFG**

---

**KNAPPSCHAFT**

---

Geschäftsführerin

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

---

Dirk Ruiss  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten ab 01.04.018

**Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 16.03.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse**



---

Matthias Mohrmann  
Mitglied des Vorstandes

**BKK-Landesverband NORDWEST**

---

Ralf Heinser  
Geschäftsbereichsleitung

**IKK classic**

---

Andreas Woggon  
Leiter Landesvertragspolitik Nordrhein

**SVLFG**

**KNAPPSCHAFT**

---

Geschäftsführerin

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

---

Dirk Ruiss  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten ab 01.04.018

**Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 16.03.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse**

---

Matthias Mohrmann  
Mitglied des Vorstandes

**BKK-Landesverband NORDWEST**



---

Ralf Heinser  
Geschäftsbereichsleitung

**IKK classic**

---

Andreas Woggon  
Leiter Landesvertragspolitik Nordrhein

**SVLFG**

**KNAPPSCHAFT**

---

Geschäftsführerin

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

---

Dirk Ruiss  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten ab 01.04.018

**Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 16.03.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse**

**BKK-Landesverband NORDWEST**

---

Matthias Mohrmann  
Mitglied des Vorstandes

---

Ralf Heinser  
Geschäftsbereichsleitung

**IKK classic**

**SVLFG**



---

Andreas Woggon  
Leiter Landesvertragspolitik Nordrhein

**KNAPPSCHAFT**

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

---

Geschäftsführerin

---

Dirk Ruiss  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten ab 01.04.018

**Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 16.03.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse**

---

Matthias Mohrmann  
Mitglied des Vorstandes

**BKK-Landesverband NORDWEST**

---

Ralf Heinser  
Geschäftsbereichsleitung

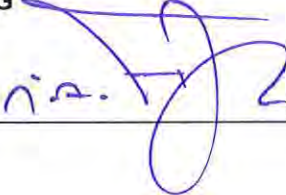
**IKK classic**

---

Andreas Woggon  
Leiter Landesvertragspolitik Nordrhein

**SVLFG**

---



**KNAPPSCHAFT**

---

Geschäftsführerin

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

---

Dirk Ruiss  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten ab 01.04.18

**Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 16.03.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse**

---

Matthias Mohrmann  
Mitglied des Vorstandes

**BKK-Landesverband NORDWEST**

---

Ralf Heinser  
Geschäftsbereichsleitung

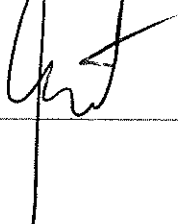
**IKK classic**

---

Andreas Woggon  
Leiter Landesvertragspolitik Nordrhein

**SVLFG**

**KNAPPSCHAFT**



---

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

---

Dirk Ruiss  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen



Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten ab 01.04.018

**Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 16.03.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse**

---

Matthias Mohrmann  
Mitglied des Vorstandes

**BKK-Landesverband NORDWEST**

---

Ralf Heinser  
Geschäftsbereichsleitung

**IKK classic**

---

Andreas Woggon  
Leiter Landesvertragspolitik Nordrhein

**SVLFG**

**KNAPPSCHAFT**

---

Geschäftsführerin

**Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**



---

Dirk Ruiss  
Leiter der vdek-Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

## Anlage 1 - Strukturqualität koordinierender Arzt

(1. Versorgungsebene)

### - Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V –

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

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor nach § 3 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die – persönlich oder durch angestellte Ärzte - gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

In Ausnahmefällen kann ein Patient einen qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine qualifizierte Einrichtung, der/die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination - persönlich oder durch angestellte Ärzte - im DMP wählen, sofern diese/r 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.

Der koordinierende Arzt muss nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Merkmale
Fachliche Voraussetzungen, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<p>Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Information durch Informationsmaterial zu Beginn der Teilnahme</li><li>– Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li><li>– Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards</li><li>– Durchführung eines Belastungs-EKGs nach den Leitlinien zur Ergometrie</li><li>– regelmäßige KHK-spezifische zertifizierte Fortbildung oder Teilnahme an einem KHK-spezifischen Qualitätszirkel, mindestens einmal jährliche Teilnahme</li></ul>
Apparative Voraussetzungen	Mindest-Anforderungen der erforderlichen

	diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis: <ul style="list-style-type: none"> <li>– EKG</li> <li>– Belastungs-EKG<sup>3</sup></li> <li>– 24-Stunden Blutdruckmessgerät<sup>3</sup></li> <li>– Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung und der Fettstoffwechselwerte</li> </ul>
Teilnahme an Arztinformationsveranstaltung <b>oder</b> Information durch die Arzt- Informationsmedien (Praxis-Manual)	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme

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

1. erstmalige oder zunehmende Angina pectoris-Beschwerden,
2. neu aufgetretene oder zunehmende Herzinsuffizienz,
3. neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
4. unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
5. Patientinnen und Patienten mit Komorbiditäten (zum Beispiel Hypertonie, Diabetes mellitus, Depression),
6. Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (zum Beispiel Klappenvitien),
7. Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
8. Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
9. Rehabilitation,
10. Schulung von Patientinnen und Patienten.

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

#### Einweisung in ein Krankenhaus

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

1. Verdacht auf akutes Koronarsyndrom,
2. Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (zum Beispiel Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).

Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Einweisung zur stationären Behandlung zu erwägen bei Patientinnen und Patienten, bei denen eine invasive Diagnostik und Therapie indiziert ist. Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

#### Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

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

## Anlage 2 - Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor (2. Versorgungsebene)

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

Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsstufe nach § 4 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die nachfolgende Anforderung an die Strukturqualität - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.

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

Voraussetzungen	Merkmale
<p>Fachliche und organisatorische Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierte Einrichtung <b>konventionelle Kardiologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facharzt für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt Kardiologie als Teilnehmer an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V</li> <li>- Information durch das Informationsmaterial zu Beginn der Teilnahme</li> <li>- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li> <li>- Zusammenarbeit mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung</li> <li>- Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Herzchirurgie gemäß Anlage 3 „Strukturvoraussetzungen Zentrum für Herzchirurgie“</li> <li>- Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Einrichtung/ Schwerpunkt-praxis für Nuklearmedizin</li> <li>- Zusammenarbeit / Kenntnisse über Koronarsportgruppen in der Region</li> <li>- mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden im Jahr</li> </ul> <p><i>und/oder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahme an KHK-spezifischem strukturierten Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region. Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr</li> </ul> <p>Es gelten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie.</p>

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
<p>Apparative Voraussetzungen spezialisierte Schwer-punktpraxis/qualifizierte Einrichtung <b>konventionelle Kardiologie</b></p>	<p>Mindest-Anforderungen der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/ qualifizierten Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- farbkodierte Dopplerechokardiographie, Stressechokardiographie<sup>1, 2</sup></li> <li>- EKG, Belastungs-EKG<sup>3</sup>, Langzeit-EKG</li> <li>- 24 Stunden-Blutdruckmessgerät</li> <li>- Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)</li> <li>- Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachweis* der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle (EBM-Nr. 13552) gegenüber der KVNo</li> <li>- Abrechnungserlaubnis der KV Nordrhein</li> </ul> </li> </ul> <p>Es gelten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie.</p>
<p>2a. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierten Einrichtung <b>Kardiologie und interventionelle Kardiologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie</li> <li>- Information durch Informationsmaterial zu Beginn der Teilnahme</li> <li>- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region</li> <li>- Fachliche und organisatorische Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie § 135 Abs. 2 SGB V</li> <li>- Beachtung der Indikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie/interventionellen Therapie gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5 Ziffern 1.5.3.1 und 1.5.3.2 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung)</li> </ul>

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

<sup>2</sup> Die Stressechokardiographie kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

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

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zusammenarbeit mit einem am DMP teilnehmenden Zentrum für Herzchirurgie</li> <li>– Zusammenarbeit mit einer Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung für Nuklearmedizin</li> <li>– Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen der Region</li> <li>– mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden im Jahr</li> </ul> <p><i>und/oder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Teilnahme an KHK-spezifischem strukturierten Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region. Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr</li> </ul> <p>Es gelten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie.</p>
<p>Apparative Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/ qualifizierten Einrichtung <b>Kardiologie und interventionelle Kardiologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apparative Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierte Einrichtung <b>konventionelle</b> Kardiologie</li> <li>– Organisatorische Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie § 135 Abs. 2 SGB V.</li> <li>– Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung)</li> <li>- Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachweis* der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle (EBM-Nr. 13552) gegenüber der KVNo</li> <li>- Abrechnungserlaubnis der KV Nordrhein</li> </ul> </li> </ul>

\* gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle)“ in der jeweils gültigen Fassung

Der qualifizierte Facharzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Einweisung in ein Krankenhaus erfolgen soll:

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

1. Verdacht auf akutes Koronarsyndrom,
2. Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (zum Beispiel Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).

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

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

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

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



## Anlage 4 - Strukturqualität für weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)

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

### Weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Indikation mit Auftragsleistung zu überweisen ist, sind Vertragsärzte, die persönlich oder durch angestellte Ärzte die im Folgenden aufgeführten Strukturvoraussetzungen erfüllen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein, wenn der vorgenannte Leistungserbringer am Programm teilnimmt.

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

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

## Anlage 5a – Teilnahmeerklärung Ärzte

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

### Teilnahmeerklärung des Arztes zu dem Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle.....

.....

.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....

.....

.....

.....

### Teilnahmeerklärung zum Programm Koronare Herzkrankheit (KHK)

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

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

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

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und

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

Ich bin einverstanden mit

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

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

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

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.

2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ich erkläre meine Teilnahme an am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms **Koronare Herzkrankheit (KHK)**

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

- Ich möchte als **koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene gemäß § 3 und Anlage 1 des Vertrages** teilnehmen;

Fachliche Voraussetzungen:

- Hausarzt gemäß §73 SGB V
- (in Ausnahmefällen) Facharzt der 2. Versorgungsebene gemäß § 4 und Anlage 2

- Ich möchte an der **qualifizierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 und Anlage 2** teilnehmen (2. Versorgungsebene);

- nicht invasiv tätig
- invasiv tätig
- nicht-invasiv und invasiv

- Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 11 durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

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

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

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

### **Datenstellenbeauftragung**

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

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

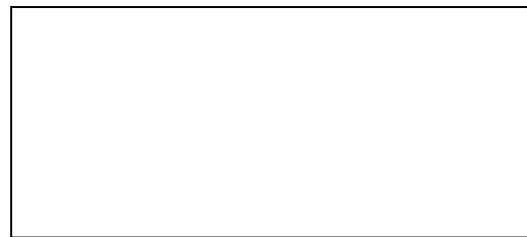
1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen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

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

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

---

Ort, Datum



Unterschrift und Vertragsarztstempel

## Anlage 5b - Ergänzungserklärung Ärzte

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

### Teilnahmeerklärung des zugelassenen Arztes zum strukturierten Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle

.....  
.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....  
.....

### Erklärung zu angestellten Ärzten

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Vertragsarztstempel

### Erklärung des angestellten Arztes

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes

## **Anlage 8**

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

### **Formular in der jeweils gültigen Fassung**

Teilnahme- und Einwilligungserklärung in der jeweils gültigen Fassung )

Datenschutzinformation in der jeweils gültigen Fassung)

Patienteninformation in der jeweils gültigen Fassung

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









# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

## 2 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

## 3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)**

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

# Strukturiertes Behandlungsprogramm

## Eine Information für Patienten

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

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

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<p><b>Vermeidung</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen</li> <li>– Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können</li> <li>– von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom</li> <li>– Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung)</li> </ul> <p><b>Senkung</b> Ihres Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos</p>	<p><b>Senkung des Risikos</b> eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p><b>Erhaltung</b> Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit</li> <li>– unerwünschten Wirkungen der Therapie</li> </ul> <p><b>Normalisierung</b> bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Krankheitszeichen, Verschlimmerungen sowie des Auftretens von Begleit- und Folgeerkrankungen</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des raschen Voranschreitens der Krankheit</li> </ul> <p>bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie</p> <p>Angemessene Behandlung von Begleiterkrankungen</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p>

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

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

### Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der rechtlichen Grundlagen werden in den Programmen auch nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie z. B. die Tabakentwöhnung insbesondere bei COPD sowie bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diabetes Typ 2: Metformin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid und Gliclazid)</li> <li>– Diabetes Typ 1 und Typ 2: Insuline</li> <li>– bei hohem Blutdruck: Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> <li>– zur Linderung von Beschwerden infolge der diabetischen Nervenschädigungen: Antidepressiva und Antiepileptika, soweit diese auch für die Schmerztherapie zugelassen sind, sowie Opiode</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten</li> <li>– ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt)</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> <li>– Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS).</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Glukokortikosteroide (zum Inhalieren)</li> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren)</li> </ul> <p>im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich <b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– lang wirksame Anticholinergika</li> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– Kombination lang wirksamer Anticholinergika und lang wirksamer Beta-2-Sympathomimetika</li> </ul> <p>im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich <b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> <li>– eine Kombination aus kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika</li> </ul>

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

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

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

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

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

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

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

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

### **Teilnahmevoraussetzungen**

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

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

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

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

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

# **Anlage 9 Qualitätssicherung**

V 5.1 – Stand 18-12-2017

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

### **Teil 1**

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

### **Teil 2**

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt.



## Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von normotensiven Teilnehmern bei bekannter Hypertonie	<p>Anteil der Teilnehmer mit RR systolisch <math>\leq 139</math> mmHg und diastolisch <math>\leq 89</math> mmHg bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p><u>Zielwert:</u> <math>\geq 60\%</math></p> <p><i>optional zusätzlich:</i> Anteil der Teilnehmer mit RR systolisch <math>\leq 139</math> mmHg und diastolisch <math>\leq 89</math> mmHg bezogen auf alle Teilnehmer mit bekannter Hypertonie Teilnehmer mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch <math>\leq 139</math> und diastolisch <math>\leq 89</math> mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p> <p><i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i></p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
II. Niedriger Anteil von rauchenden Teilnehmern	<p>a) Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt</p> <p>b) Anteil rauchender Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</p>	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer</p> <p>b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 16 (AD) (Raucher) = „ja“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	>= 80% Teilnehmer	UND NICHT  Feld 7 ISD (Betablocker) = „Kontraindikation“		
V. Hoher Anteil von Teilnehmern, die Statine erhalten	Anteil der Teilnehmer, die Statine erhalten, bezogen auf alle Teilnehmer ohne Kontraindikation.  <u>Zielwert:</u> >= 80% Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmer mit Feld 9 ISD (HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin)) = „ja“  <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer  UND NICHT  Feld 9 ISD (HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statin)) = „Kontraindikation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

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

## Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

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

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

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

## **Abkürzungen**

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

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



## Anlage 10 – Ärzteverzeichnis (ambulanter Sektor)

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

### Leistungserbringerverzeichnis

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

\*1 Einzufügen ist zusätzlich der jeweils zutreffende Buchstabe:

A Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität

B Kardiologisch qualifizierter Arzt bzw. Kardiologe gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die zweite Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist

*Hinweis: Für Ärzte, die als Ärzte der zweiten Versorgungsebene vertraglich eingebunden sind und die gleichzeitig koordinierende Funktion wahrnehmen*

*möchten, wird innerhalb einer Zeile in den beiden Spalten (koordinierender Arzt und kardiologisch qualifizierter Arzt) das Ein- bzw. Austrittsdatum eingetragen*

\*2 Einzufügen ist der jeweils zutreffende Buchstabe:

H Hypertonieschulung

G Schulung zur oralen Gerinnungshemmung

Die Liste ist nach den Eintrittsdaten der koordinierenden Ärzte zu sortieren.



## Anlage 11 - Patientenschulung

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

### Patientenschulungen nach § 20

#### 1. Strukturvoraussetzungen:

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

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

#### 2. Schulungsauftrag:

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen bzw. durch Überweisung zu veranlassen:

Schulungsart/ Schulungsprogramm	Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, <b>die nicht Insulin spritzen</b> (Kronsbein P, Jörgens-V; Lancet 1988; 2: 1407-1411)
Berechtigungs-schlüssel	04
Schulungsauftrag	Diabetologisch qualifizierter Hausarzt Schwerpunktpraxis
Strukturqualität	<i>Notwendige Ausstattung</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen</li><li>- Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein</li></ul> <i>Qualifikation des Leistungserbringers</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer ZI-Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.</li></ul> <i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer ZI-Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.</li></ul>
Teilnehmerzahl	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodulare	- 4 Unterrichtseinheiten (UE)  Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: laut Curriculum

Schulungsart/ Schulungspro- gramme	Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, <b>die Insulin spritzen</b> (Grüßer-M, Röger-Ch, Jörgens-V; Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999: A 1756 – A 1757 und Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Jörgens-V; Patient Education and Counseling 29 (1996) 123 – 130)
Berechtigungs- schlüssel	06
Schulungsauftrag	Schwerpunktpraxis Diabetologisch qualifizierter Hausarzt
Strukturqualität	<i>Notwendige Ausstattung</i> - Ein separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. - Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein  <i>Qualifikation des Leistungserbringers</i> - Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer ZI-Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV NO nachzuweisen.  <i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i> - Das nichtärztliche Personal des Hausarztes hat die erfolgreiche Teilnahme an einer ZI-Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.
Teilnehmerzahl	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodul	- 5 Unterrichtseinheiten (UE)  Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
Schulungsart/ Schulungspro- gramme	<b>Schulungsprogramm MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2-Diabetiker)</b> (Diabetes-Akademie Bad-Mergentheim e.V., Bad Mergentheim, Studie im Auftrag des Bundesforschungsministeriums, Autoren: Kulzer, Hermanns, Maier, Bergis, Reinecker)
Schulungsauftrag	Schwerpunktpraxis Diabetologisch qualifizierter Hausarzt
Strukturqualität	<i>Notwendige Ausstattung</i> - in separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. - Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein  <i>Qualifikation des Leistungserbringers</i> - Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an der MEDIAS 2-Fortbildung gegenüber der KV No nachzuweisen.  <i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i> - Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen MEDIAS 2-Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.
Teilnehmerzahl	6 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodul	max. 8 Unterrichtseinheiten (UE)  Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum

Schulungsart/ Schulungspro- gramme	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten <b>mit Hypertonie</b> ; (Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V; J of Human Hypertension 1997; 11: 501 – 506)
Berechtigungs- schlüssel	14
Schulungsauftrag	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Ärzte für Praktische Medizin Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
Strukturqualität	<i>Notwendige Ausstattung</i> - Ein separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. - Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein  <i>Qualifikation des Leistungserbringers</i> - Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV No nachzuweisen.  <i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i> - Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen oder - Vollzeit angestellte Diabetes-Assistentinnen oder –Beraterinnen, die den vorgenannten Fortbildungskurs absolviert haben.
Teilnehmerzahl	max. 4 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodule	- max. 4 Unterrichtseinheiten (UE)  Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
Schulungsart/ Schulungspro- gramme	Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm ( <b>HBSP</b> ) (Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P, ZaeFQ 95; 349-355)
Schulungsauftrag	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Ärzte für Praktische Medizin Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
Strukturqualität	<i>Notwendige Ausstattung</i> - Ein separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. - Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein  <i>Qualifikation des Leistungserbringers</i> - Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, gegenüber der KV No nachzuweisen.  <i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i> - Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen oder - Vollzeit angestellte Diabetes-Assistentinnen oder –Beraterinnen, die den vorgenannten Fortbildungskurs absolviert haben.
Teilnehmerzahl	max. 6 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodule	- max. 4 Unterrichtseinheiten (UE)  Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum

Schulungsart/ Schulungspro- gramme	<b>Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM /Institut für präventive Medizin)</b> (Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für Präventive medizin. Dtsch Med Wochenschr. 2000 Nov 17; 125(46):1385-9.)
Berechtigungs- schlüssel	<b>15</b>
Schulungsauftrag	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Ärzte für Praktische Medizin Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
Strukturqualität	Notwendige Ausstattung - in separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermögli- chen. - Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein  Qualifikation des Leistungserbringers - Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an der IPM-Fortbildung gegenüber der KVNordrhein nachzuweisen.  Qualifikation des nichtärztlichen Personals - Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbil- dung, die es zur Durchführung der angebotenen IPM-Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.
Teilnehmerzahl	6 bis 12 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodule	mind. 4 Unterrichtseinheiten (UE) inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum
Schulungsart/ Schulungspro- gramme	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungs- hemmung ( <b>SPOG</b> ); P-T.Sawicki, A. Bernardo, M.Seimel, C. Kleespies, U. Didjurgeit
Schulungsauftrag	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Ärzte für Praktische Medizin Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
Strukturqualität	<i>Notwendige Ausstattung</i> - Ein separater Schulungsraum muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen. - Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein  <i>Qualifikation des Leistungserbringers</i> - Der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbil- dung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifi- ziert, gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.  <i>Qualifikation des nichtärztlichen Personals</i> - Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen oder - Vollzeit angestellte Diabetes-Assistentinnen oder –Beraterinnen, die den vorgenannten Fortbildungskurs absolviert haben.
Teilnehmerzahl	max. 6 Patienten je Schulungsgruppe
Schulungsmodule	- max. 4 Unterrichtseinheiten (UE)  Inhaltliche Gestaltung/Stundenzahl: lt. Curriculum

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

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

Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.

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

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

Die Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig.