

**Vertrag zur Durchführung eines
Strukturierten Behandlungsprogramms
im Rahmen
Koronare Herzkrankheit**

zwischen

**der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und
Ostdeutschland, handelnd als Landesverband,
Hoppegartener Straße 100, 15366 Hönow
(im folgenden LKK MOD genannt)**

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt,
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg.**

§ 1

Ziel des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit KHK. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte bzw. Fachärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Der Hausarzt spielt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages.
- (2) Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele an:
 1. Reduktion der Sterblichkeit,
 2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
 3. Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch KHK beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten individuelle Therapieziele angestrebt, wobei insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt werden:
 1. Anwendung von evidenzbasierten Leitlinien,
 2. Sektorübergreifende Behandlung,
 3. Förderung der Eigeninitiative des Versicherten,
 4. Risikoabhängige, individuelle Zielvereinbarungen.

§ 2

Versorgungsinhalte

Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage definiert und damit Bestandteil dieses Vertrages. Die Behandlung erfolgt entsprechend den medizinischen Grundsätzen der jeweils gültigen Fassung der RSAV. Die Leistungserbringer verpflichten sich 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.

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen

An diesem Vertrag können sich Hausärzte gem. § 73 SGB V sowie fachärztlich tätige Internisten beteiligen, die Versicherte der LKK MOD betreuen, behandeln und die bereits in das DMP KHK der AOK Sachsen-Anhalt / IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt eingebunden sind. Dies gilt entsprechend für die Hausärzte sowie fachärztlich tätige Internisten in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V oder in Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V.

Die KVSA stellt der LKK MOD halbjährlich eine Liste der berechtigten Ärzte zur Verfügung.

§ 4

Aufgaben der Leistungserbringer (koordinierender Vertragsarzt)

Zu den Aufgaben der Vertragsärzte gehören insbesondere:

1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Anlage,
2. die Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Empfehlung an die Versicherten, an medizinisch notwendigen Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot von Schulungen gemäß § 8, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVSA entsprechend nachgewiesen ist,
4. bei Vorliegen der in der Anlage genannten Indikationen eine Überweisung an andere Vertragsärzte oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer, die auch im Rahmen des DMP KHK der AOK Sachsen-Anhalt/ IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt in Anspruch genommen werden können. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
5. bei Vorliegen der in der Anlage genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus bzw. Rehabilitationseinrichtung, die bereits in das DMP KHK der AOK Sachsen-Anhalt / IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt eingebunden sind, vorzunehmen. Die stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten soll unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur in die vertraglich eingebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
6. bei Überweisung/Einweisung therapierelevante Informationen, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und unter Beachtung der Regelungen zum Datenschutz einzufordern.
7. In Ausnahmefällen kann ein Patient mit koronarer Herzkrankheit einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116 b des fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation oder Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm in Anspruch nehmen, wenn der jeweilige Facharzt oder die jeweilige Einrichtung in das DMP KHK der AOK Sachsen-Anhalt/ IKK – Landesverband Sachsen – Anhalt eingebunden ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vorher von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß der Anlage Ziffer 1.7.2 sind vom jeweiligen Arzt oder der jeweiligen Einrichtung zu beachten, wenn deren besondere Qualifikation für eine Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

§ 5

Aufgaben der Leistungserbringer (fachärztlicher Versorgungssektor)

(1) Zu den Aufgaben der Fachärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln,

2. die Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Schulungen gemäß § 8, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVSA entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung an andere Leistungserbringer, die bereits in das DMP KHK der AOK Sachsen-Anhalt/IKK – Landesverband Sachsen – Anhalt eingebunden sind,
5. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Vertragsarzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln. Die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt erfolgt grundsätzlich nach Abschluss der Behandlung. Die Nachuntersuchung eines abgeschlossenen Behandlungsfalles erfolgt nur in Absprache mit dem zuweisenden koordinierenden Vertragsarzt,
6. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt therapierelevante Informationen übermitteln,
7. bei Vorliegen der in der Anlage genannten Indikationen eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus bzw. Rehabilitationseinrichtung, die bereits in das DMP KHK der AOK Sachsen-Anhalt/IKK – Landesverband Sachsen – Anhalt eingebunden sind, vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten. Die stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten soll unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur in die vertraglich eingebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

§ 6

Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für Versicherte der LKK MOD erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind mit der in der Gesamtvergütungsvereinbarung definierten Kopfpauschale abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

§ 7

Sonderregelungen

Für die Einhaltung der Kooperationsregeln sowie der Versorgungsinhalte und für die vollständige Dokumentation in den Patientenunterlagen in der Arztpraxis werden folgende Vergütungen vereinbart:

Indikation	Vergütung - Euro -	Abrechnungs- nummer
Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln (I) sowie intensives Patientengespräch	20,00	99849
Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln (II)	15,00	99853

Die Leistungen können von allen Hausärzten und im Ausnahmefall von Fachärzten für Innere Medizin erbracht werden, die KHK-Patienten der LKK MOD in Betreuung haben und die bereits in das DMP KHK der AOK Sachsen-Anhalt/IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt eingebunden sind. Dabei ist die Abrechnung von speziellen Leistungen gemäß § 9 im selben Quartal ausgeschlossen.

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung. Die Pseudo-Ziffer Gop 99849 kann grundsätzlich nur einmal je Patient und Arzt abgerechnet werden. Die Pseudo-Ziffer Gop 99853 kann je Patient und Arzt einmal im Quartal abgerechnet werden. Die Abrechnung der Gop 99849 und 99853 in einem Quartal ist ausgeschlossen.

§ 8

Schulungen

- (1) Die Patientenschulungen im Rahmen dieses Vertrages können ausschließlich durch Vertragsärzte erbracht bzw. abgerechnet werden, die für folgende Schulungsprogramme die Abrechnungsgenehmigung von der KVSA erhalten haben und die im Rahmen des DMP KHK der AOK Sachsen-Anhalt/IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt diese Schulungen durchführen dürfen. Dies gilt ebenso betreffend die Zuweisung der Patienten für die Schulung in eine ambulante Schuleinrichtung.

Die Schulungen werden je Patient wie folgt vergütet, wobei eine Unterrichtseinheit einen Zeitraum von 90 Minuten darstellt:

Schulung		Vergütung	Abrechnungs-Ziffer
Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	4 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 bis 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten,	20,00 €	99850D
Diabetes-Schulungsmaterial – ohne Insulin (Verbrauchsmaterial ohne Diabetes-Pass) ¹		9,00 €	99851D
Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen	5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 bis 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €	99850C
Diabetes-Schulungsmaterial – mit Insulin (Verbrauchsmaterial ohne Diabetes-Pass) ²		9,00 €	99851C
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 Wochen erteilt werden sollten; bis 4 Patienten	20,00 €	99850B

^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8} Bei Änderung des Preisgefüges erfolgen Nachverhandlungen, ohne dass es einer Kündigung dieser Vereinbarung bedarf.

Diabetes-Schulungsmaterial – mit Normalinsulin (Verbrauchsmaterial ohne Diabetes-Pass) ³		9,00 €	99851B
Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2 ohne Insulinbehandlung (MEDIAS 2)	12 Unterrichtseinheiten die im Laufe von 8 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €	99850E
Diabetes-Schulungsmaterial – MEDIAS 2 (Verbrauchsmaterial ohne Diabetes-Pass) ⁴		10,74 €	99851E
Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	4 Unterrichtseinheiten, die innerhalb von 4 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 6 Patienten	20,00 €	99850S
Strukturiertes Hypertonie-Therapie- und Schulungsprogramm	4 Unterrichtseinheiten, die innerhalb von 4 Wochen erteilt werden sollten; bis zu 4 Patienten	20,00 €	99850S
Schulungsmaterial – Hypertonie-Schulung ⁵		9,00 €	99851S
SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)	4 Unterrichtseinheiten für bis zu 6 Patienten in wöchentlichen Abständen	20,00 €	99850G
Diabetes II im Gespräch	Bis zu 12 Unterrichtseinheiten die im Laufe von 8 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €	99850H
Diabetes II im Gespräch – Schulungsmaterial ⁶		10,74 €	99851H
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP)	12 Unterrichtseinheiten für bis zu 4 Patienten	20,00 €	99850K
Schulungsmaterial intensivierete Insulintherapie bzw. DTTP – (Verbrauchsmaterial ohne Diabetes-Pass) ⁷		7,70 €	99851K
Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)	2 bis 10 Unterrichtseinheiten, die möglichst innerhalb von 8 Wochen erteilt werden für 8 bis 12 Patienten	12,50 €	99850L
Schulungsmaterial IPM - je Modul ⁸		2,00 €	99851L

In Einzelfällen können für das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) oder das strukturierte Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm auch bis zu 10 Patienten in einer Schuleinheit geschult werden. Das Schulungsmaterial ist einmal je Patient abrechnungsfähig.

- (2) Das Schulungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) wird ausschließlich Patienten zur Einweisung in ein verordnetes und durch die Krankenkasse im Einzelfall genehmigtes Gerät zur Blutgerinnungsselbstkontrolle und zum Erlernen der Selbstmessung angeboten. Die Genehmigung erfolgt unter Berücksichtigung der medizinischen Indikationen im Hilfsmittelverzeichnis und der persönlichen Voraussetzungen des Patienten zur Selbstmessung.
- (3) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (4) Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung. Die Krankenkasse erhält für jedes Quartal von der KVSA einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.

§ 9

Fachärztliche Behandlung und Betreuung

- (1) Vertragsärzte, die die Voraussetzungen der Teilnahme an der „Vereinbarung zur fachärztlichen Betreuung und Behandlung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit“ zwischen der AOK Sachsen-Anhalt und dem IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt erfüllen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung durch die KVSA haben, können für die Erbringung der in § 5 dieser Vereinbarung und der in § 3 Abs. 1 b bis 4 der o.g. Vereinbarung aufgeführten Aufgaben folgende Vergütung abrechnen. Dabei ist die Abrechnung der Leistungen nach § 7 im selben Quartal ausgeschlossen.

Abrechnungs- nummer	Indikation	Vergütung - Euro -
99855	Prädiagnostik-Komplex	50,00
99856	Diagnostik- und Therapie-Komplex	50,00

- (2) Die Abrechnung der Gop 99855 erfolgt grundsätzlich einmal pro Krankheitsfall. Der Abrechnungszeitraum der GOP 99856 ist in der Regel auf 2 Quartale im Kalenderjahr begrenzt.
- (3) Die Erbringung der Leistungen nach Abs. 1 erfolgt nur auf Überweisung des koordinierenden Vertragsarztes.
- (4) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.
- (5) Soweit Vertragsärzte vertragsärztliche Leistungen bzw. Schulungsleistungen im Rahmen dieses Vertrages ausschließlich als Koordinator erbringen, ist eine Abrechnung nach diesem Paragraphen ausgeschlossen.

§ 10
Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01. Oktober 2005 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die erstmalige Kündigung ist zum 31.12.2006 möglich. Darüber hinaus endet dieser Vertrag automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem das letzte DMP KHK einer Primärkasse in Sachsen - Anhalt außer Kraft tritt.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder -anpassungen, die durch gesetzliche oder behördliche Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich vorgenommen werden.

§ 11
Salvatorische Klausel

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

Magdeburg,

Hönow,

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

LKK Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband

Anlage „Versorgungsinhalte“

zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit zwischen der Landwirtschaftlichen Krankenkasse MOD, handelnd als Landesverband und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Versorgungsinhalte gemäß Anlage 5 Ziffer 1 und 2 - der RSAV

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

1.1 Definition der koronaren Herzkrankheit (KHK)

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

1.2 Hinreichende Diagnostik für die Aufnahme in ein strukturiertes Behandlungsprogramm

1.2.1 Chronische KHK

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

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

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

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

¹ Nach der Definition in ACC/AHA (2002a): American College of Cardiology and American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction.

² Die Nachtest-Wahrscheinlichkeit (nach Durchführung eines Belastungs-EKGs) ist zu berechnen nach Diamond, GA et al.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N. Engl. J. Med (1979); 300:1350-8. Für Patienten, die älter als 69 Jahre sind, sind die Werte der Altersgruppe von 60 bis 69 heranzuziehen.

1.2.2 Akutes Koronarsyndrom

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

1.3 Therapieziele

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

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

1.4 Differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung

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

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

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

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

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

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

1.5.1.1 Ernährungsberatung

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

1.5.1.2 Raucherberatung

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

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

1.5.1.3 Körperliche Aktivitäten

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

1.5.1.4 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

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

1.5.2 Medikamentöse Maßnahmen

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

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.

1. Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen. Dieser Nutzen ist besonders bei Risikokollektiven wie Diabetes-mellitus-Patienten überdurchschnittlich hoch. Insbesondere ist der Nutzen für folgenden Wirkstoffe in RCT's belegt: Bisoprolol, Metoprolol, Atenolol, Acebutolol, Propranolol.

2. Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK werden primär Betablocker – ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-Antagonisten³ – empfohlen.
3. Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK sind bei absoluten Kontraindikationen für Betablocker (z. B. bei Asthma bronchiale, höhergradigem AV-Block) Nitrate und/oder Kalzium-Antagonisten³ zu erwägen.
4. Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Simvastatin und Pravastatin.
5. Bei chronischer KHK mit gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion ist eine Therapie mit Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmer) grundsätzlich indiziert. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Trandolapril. Auch bei chronischer KHK ohne gleichzeitig bestehende Herzinsuffizienz oder asymptomatische linksventrikuläre Dysfunktion kann die Gabe von Ramipril erwogen werden. Bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern können Angiotensin-1-Rezeptoren-Blocker (jeweils entsprechend dem arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus) erwogen werden.
6. Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

1.5.3 Koronarangiografie – Interventionelle Therapie - Koronarrevaskularisation

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

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

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

1.5.3.1 Koronarangiografie

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

- Patienten, die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben⁴,
- Patienten mit stabiler Angina Pectoris trotz medikamentöser Therapie (CCS Klasse III und IV)⁵,
- Patienten mit Hochrisikomerkmale bei der nicht-invasiven Vortestung, unabhängig von der Schwere der Angina Pectoris⁶,

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

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

⁵ Betrifft das Therapieziel: „Beschwerdefreiheit“.

⁶ Betrifft das Therapieziel: „Senkung der Morbidität, Mortalität“.

- Patienten mit Angina, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- Patienten mit Angina und Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz.

1.5.3.2 Interventionelle Therapie und Koronarrevaskularisation

Vorrangig sollten unter Berücksichtigung des klinischen Gesamtbildes, der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen nur solche invasiven Therapiemaßnahmen erwogen werden, deren Nutzen und Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele insbesondere in randomisierten und kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Dabei ist der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft – unter Einbeziehung von evidenzbasierten Leitlinien oder Studien jeweils bestverfügbarer Evidenz – zu berücksichtigen.

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

Gemäß evidenzbasierten Leitlinien ist insbesondere in folgenden Fällen die Durchführung einer interventionellen Therapie oder einer operativen Koronarrevaskularisation zu erwägen (Empfehlungen, bei denen Evidenz und/oder allgemeiner Konsens besteht, dass die Maßnahme nützlich und effektiv ist – Klasse I):

- koronare Bypassoperation (ACVB)⁷ für Patienten mit signifikanter linker Hauptstammstenose,
- ACVB für Patienten mit Dreifäßerkrankung. Der Überlebensvorteil ist größer bei Patienten mit verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50 %),
- ACVB für Patienten mit Zweifäßerkrankung mit einer signifikanten, proximalen Stenose des Ramus interventricularis anterior (RIA) und entweder verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50 %) oder nachweisbarer Ischämie bei nicht-invasiver Untersuchung,
- perkutane Koronarintervention (PCI) für Patienten mit Zwei- oder Dreifäßerkrankung mit einer signifikanten proximalen RIA-Stenose und einem Gefäßstatus, der für eine kathedergestützte Therapie geeignet ist, und die eine normale linksventrikuläre Funktion und keinen behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus aufweisen,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankung ohne signifikante proximale RIA-Stenose, aber mit einem großen Areal an vitalem Myokard und Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung,
- ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankung ohne signifikante proximale RIA-Stenose, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine anhaltende ventrikuläre Tachykardie überlebt haben,
- PCI oder ACVB für Patienten mit vorausgegangener PTCA und Rezidivstenose, zusammen mit einem großen Areal an vitalem Myokard oder mit Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung,
- PCI oder ACVB bei Patienten nach erfolgloser medikamentöser Therapie, bei denen eine Revaskularisierung mit zumutbarem Risiko durchgeführt werden kann.

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

- Wiederholte ACVB (Aorto-Coronarer-Venen-Bypass) bei Patienten mit multiplen Bypass-Stenosen, insbesondere bei signifikanter Stenose eines Bypasses zum RIA. PCI kann

⁷ Gemeint ist die operative Revaskularisation durch arteriell und/oder venöse Bypass-Gefäße.

angezeigt sein für isolierte Bypass-Stenosen oder multiple Stenosen bei Patienten mit Kontraindikationen für wiederholte ACVB,

- PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweigefäßerkrankungen ohne signifikante proximale RIA-Stenose, aber mit einem mittelgroßen Areal an vitalem Myokard und nachweisbarer Ischämie bei der nicht-invasiven Untersuchung,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Eingefäßerkrankung und signifikanter proximaler RIA-Stenose.

1.6. Rehabilitation

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

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

Dimensionen/Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

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

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

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

1.7 Kooperation der Versorgungssektoren

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

1.7.1 Hausärztliche Versorgung

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt im Rahmen seiner in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit koronarer Herzkrankheit eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des fünften Buches

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

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

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

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

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

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

- nach akutem Koronarsyndrom,
- nach koronarer Revaskularisation,

- bei Patienten mit stabiler Angina Pectoris und dadurch bedingten limitierenden Symptomen⁸ nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen.

2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

2.1 Allgemeine Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 (siehe Anhang) gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

2.2 KHK-spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den strukturierten Behandlungsprogrammen

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

Bei der Durchführung von Belastungs-EKGs sollen insbesondere die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie⁹ berücksichtigt werden.

⁸ Unter limitierenden Symptomen ist eine für den Patienten – unter Berücksichtigung seiner individuellen Lebensumstände – wesentliche Einschränkung seiner Lebensqualität zu verstehen. Diese kann nur individuell festgelegt werden.

⁹ Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H.-J. Trappe und H. Löllgen: Leitlinien zur Ergometrie. Z. Kardiol. 89 (2000), 821-837