
Vertrag
zur integrierten kardiologischen Versorgung
nach § 140 b SGB V

über die Versorgung von Patienten
mit koronaren Herzerkrankungen (KHK)

zwischen der

BARMER Ersatzkasse
Landesgeschäftsstelle Nord
(Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern)
Hammerbrookstraße 92
20097 Hamburg
(nachfolgend BARMER genannt)

dem

Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & CoKG
Neuer Höltingbaum 40
22143 Hamburg
(nachfolgend HGZ genannt)

dem

Albertinen-Diakoniewerk e.V.
für die Häuser der Albertinen-Gruppe-
Süntelstraße 11 A
22457 Hamburg
(nachfolgend ADW genannt)

und dem

Kath. Marienkrankenhaus gGmbH
Alfredstraße 9
22087 Hamburg
(nachfolgend MK genannt)

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

§ 1: Grundsätze und Ziele

§ 2: Qualifikations- und Teilnahmevoraussetzungen

§ 3: Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs (1. Versorgungsebene)

§ 4: Aufgaben des fachärztlichen Versorgungsbereichs (2. Versorgungsebene)

§ 5: Aufgaben des Krankenhauses (3. Versorgungsebene)

§ 6: Teilnahme der Leistungserbringer

§ 7: Teilnahme der Versicherten

§ 8: Versichertenbonus / Zuzahlungen

§ 9: Kooperationsregeln

§ 10: Qualitätssicherung

§ 11: Leistungskomplexe / Vergütung

§ 12: Gewährleistung

§ 13: Finanzierung und Leistungsmenge

§ 14: Rechnungslegung

§ 15: Datenschutz und Öffentlichkeitsarbeit

§ 16: Inkrafttreten und Kündigung

§ 17: Beitritt weiterer Vertragspartner

§ 18: Schlussbestimmungen

Erläuterungen

§§, Abschnitte und Anlagen ohne weitere Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

Soweit in den Anlagen ein Herzzentrum genannt wird, betrifft dies das Albertinen-Krankenhaus.

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

„Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen.

Anlagenverzeichnis:

- Anlage 1 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 2 Absatz 1
- Anlage 2 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 2 Absatz 2
- Anlage 3 Strukturqualität für Krankenhäuser
- Anlage 4 Indikationen und Kontraindikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie, interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte und weitere Leistungserbringer
- Anlage 6T Teilnahmeerklärung für Versicherte
- Anlage 6Z Antrag auf teilweise Erstattung der gesetzlichen Zuzahlungen im Rahmen der Integrierten Versorgung
- Anlage 7 Versorgungsinhalte
- Anlage 8 Clinical Pathways
- Anlage 9 Leistungskomplexe
- Anlage 10 Vergütung
- Anlage 11 Patienteninformation
- Anlage 12 Am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer

PRÄAMBEL

Dieser Vertrag regelt die leistungssektorenübergreifende sowie interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) gemäß den §§140a - d SGB V in der Fassung vom 01.01.2004. Dabei werden die vom Gesetzgeber neu geschaffenen Gestaltungsspielräume durch die Leistungserbringer und Kostenträger vor Ort zur Integration der einbezogenen Leistungsbereiche genutzt. Neben den medizinischen Grundlagen der Disease Management Programme (DMP) sind Clinical Pathways (Patientenpfade) zur Prozessoptimierung Bestandteil dieses Vertrages. Dabei werden die Leistungskomplexe „hausärztliche Versorgung“ und „konventionelle kardiologische Mitbehandlung sowie „interventionellen Kardiologie“ beschrieben und über Komplexpauschalen honoriert sowie der Zugang des Patienten zur „Kardiochirurgie“ in Kooperation mit den Krankenhäusern des ADW/ MK definiert. Durch hohe Anforderungen der Qualitätssicherung und Indikationsstellung insbesondere im Bereich der interventionellen Kardiologie wird eine weitgehende Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich ermöglicht.

Eine Ausweitung der integrierten Versorgung auf die weiteren Phasen der Behandlungskette bei KHK, insbesondere der Kardiochirurgie sowie ambulante und stationäre Rehabilitation erfolgt durch den Integrationsvertrag zwischen der BARMER, dem ADW vom 28.01.2004 und dem MK vom 28.10.2004. Im Hinblick auf ein umfassendes DMP entsprechend den Anforderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) wird so die gesamte Versorgungskette bei KHK abgebildet. Die Integrierte Versorgung nach diesem Vertrag dient somit der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung für den gesamten Krankheitsverlauf.

§ 1

Grundsätze und Ziele

- (1) Die an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Insbesondere übernehmen die beteiligten Leistungserbringer die Gewähr dafür, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizintechnischen Voraussetzungen für die vereinbarte Integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen. Ein internes Qualitätsmanagement und die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 a und § 137 SGB V sind verpflichtend.
- (2) Die Vertragspartner stellen eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten sektoren- und interdisziplinär fachübergreifend sicher. Hierzu wurden Clinical Pathways definiert, die Bestandteil des Vertrages

- sind (Anlage 8). Jeder Partner ist verpflichtet, die nach diesem Vertrag notwendigen Dokumentationen umfassend, vollständig und zeitnah zu erstellen und den an der Integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang nach den Vorgaben dieses Vertrages zugänglich zu machen.
- (3) Die Versorgungsziele des Vertrages sind insbesondere:
- Verlagerung stationärer invasiv kardiologischer Leistungen in den ambulanten Bereich, abhängig von der jeweiligen Versorgungsstruktur
 - 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 und Erhaltung der Belastungsfähigkeit
- (4) Die Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien in strukturierten Behandlungsprogrammen für koronare Herzkrankheit gemäß RSAV in der jeweils gültigen Fassung – zur Zeit Anlage 5 Ziffer 1 RSAV – sind Bestandteil des Vertrages (Anlage 7). Die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich, die Versorgungsinhalte zu erfüllen. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (5) Den Vertragsgegenstand oder seine Abwicklung betreffende Regelungen aus Gesetzen, Verordnungen oder anderen Rechtsquellen finden nur insoweit Anwendung auf das Vertragsverhältnis, als deren Anwendung in diesem Vertrag ausdrücklich zugelassen oder diese nicht abdingbar ist.

§ 2

Qualifikations- und Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Leistungen nach diesem Vertrag können nur von den nachfolgend genannten Leistungserbringern durchgeführt werden, sofern diese von der BARMER nach Durchführung des in § 7 geregelten Akkreditierungsverfahrens eine Teilnahmebestätigung erhalten haben:
1. Vertragsärzte des HGZ, die an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen (nachfolgend: Koordinierender Arzt).

-
2. Vertragsärzte des HGZ, die als Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie tätig sind und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 erfüllen (nachfolgend: Kardiologe).
 3. Nach diesem Vertrag teilnehmende Krankenhäuser im Rahmen der Zulassung nach § 108 SGB V, insoweit als die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 3 erfüllt werden.
- (2) Die teilnehmenden Vertragsärzte des HGZ treten als Kooperationspartner insbesondere im Rahmen der Zuweisung dem bestehenden Integrationsvertrag zwischen BARMER und ADW für interventionelle kardiologische und kardiochirurgischer Leistungen vom 28.01.2004 sowie dem Marienkrankenhaus vom 28.10.2004 bei.
- (3) Eine Erweiterung des Vertrages auf weitere Leistungserbringer sowie auf Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Vertrages sind, bedarf der Zustimmung aller Vertragspartner entsprechend den Regelungen der Kooperationsvereinbarung.

§ 3

Leistungen des koordinierenden Arztes im hausärztlichen Versorgungsbereich (1. Versorgungsebene)

Zu den Leistungen des teilnehmenden koordinierenden Arztes gehören insbesondere:

1. Anamnese und Durchführung der notwendigen ärztlichen Untersuchungen,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die weiteren beteiligten Leistungserbringer unter Beachtung der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gem. Anlage 7 sowie der Clinical Pathways gem. Anlage 8,
3. differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung,
4. Beratung des Versicherten entsprechend des individuellen Risikos (inklusive Ernährungsberatung, Raucherberatung),
5. die Information und Beratung der Versicherten gemäß §§ 7 und 8,
6. Kontrolle der Laborparameter entsprechend des individuellen Risikoprofils,

7. Zeitnahe Übermittlung und Einforderung therapierelevanter Informationen (z. B. über die medikamentöse Therapie) an bzw. von weitere(n) am Behandlungsprozess beteiligte(n) Leistungserbringer(n) z. B. als Patientenpass; der Einsatz des elektronischen Datenträgers wird als Möglichkeit angesehen..
8. die Überweisung an die an diesem Vertrag teilnehmenden Kardiologen sowie die Zuweisung bzw. Einweisung in die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser unter grundsätzlicher Beachtung und Einhaltung der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gem. Anlage 7 sowie der Clinical Pathways gem. Anlage 8.

§ 4

Leistungen des Kardiologen im fachärztlichen Versorgungsbereich (2. Versorgungsebene)

- (1) Zu den Leistungen des teilnehmenden qualifizierten Facharztes gehören insbesondere: die Information und Beratung der Versicherten gemäß §§ 7 und 8,
 1. erweiterte Diagnostik, Risikostratifizierung und Beratung im Rahmen der fachärztlichen Betreuung unter Beachtung und Einhaltung der Versorgungsinhalte und Kooperationsregel gem. Anlage 7 sowie der Clinical Pathways gem. Anlage 8 ,
 2. Unterstützung der differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung,
 3. Durchführung der entsprechenden ärztlichen Untersuchungen im Rahmen der erweiterten Diagnostik,
 4. Indikationsstellung für eine interventionelle bzw. kardiochirurgische Therapie unter Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen gem. Anlage 4 und die Durchführung der Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 auch im Krankenhaus bei Vorliegen der in § 5 Abs. 2 S. 1 und 2 normierten und der in diesem Zusammenhang weiteren Voraussetzungen nach diesem Vertrag,
 5. Beratung des Versicherten, entsprechend des individuellen Risikos, insbesondere über die Möglichkeiten sowie den Nutzen und die Risiken interventioneller und kardiochirurgischer Therapie,

6. Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und zeitnahe Information des koordinierenden Arztes,
 7. Überweisung und Einweisung an andere beteiligte Leistungserbringer nach Punkt 1.7 der Anlage 7,
 8. Zeitnahe Übermittlung und Einforderung therapierelevanter Informationen (z. B. über die medikamentöse Therapie) an/von weitere(n) am Behandlungsprozess beteiligte(n) Leistungserbringer(n), insbesondere an den koordinierenden Arzt,
 9. Durchführung der Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie einschl. aller Begleitleistungen, Vorbereitung und Nachbetreuung (ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und oder bei Patienten mit Herzvitium, Koronarangiographie),
 10. Durchführung der interventionellen Therapie (PTCA, ggf. einschl. Stents),
 11. Die Einweisung in die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 7 genannten Indikationen.
- (2) Der Kardiologe kann auch koordinierender Arzt entsprechend § 3 sein, insbesondere für die Versicherten, die bereits vor der Teilnahme an der integrierten Versorgung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind. In diesem Fall sind daneben die Anforderungen des § 3 maßgeblich (i.d. R. weiterbetreuender Facharzt).

§ 5

Leistungen des Krankenhauses (3. Versorgungsebene)

- (1) Zu den Leistungen des teilnehmenden Krankenhauses gehören insbesondere:
1. Durchführung der Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie einschl. aller Begleitleistungen, Vorbereitung und Nachbetreuung (ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und oder bei Patienten mit Herzvitium, Koronarangiographie),

2. Durchführung der interventionellen Therapie (PTCA, ggf. einschl. Stents),
 3. Beachtung der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln nach Anlage 7, der Clinical Pathways nach Anlage 8 sowie der Indikationen und Kontraindikationen für die interventionelle und kardiochirurgische Therapie gem. Anlage 4,
 4. die Information und Beratung der Versicherten gemäß §§ 7 und 8,
 5. die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit den an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen zur ambulanten bzw. stationären Rehabilitation entsprechend der Kooperationsvereinbarung vom 28.10.2004,
 6. stationäre Versorgung gem. Ziff. 1.7.3 der Anlage 7, soweit und solange diese Patienten aufgrund der Schwere der Erkrankung bzw. des Allgemeinzustands nicht ausreichend ambulant versorgt werden können,
 7. Nach Abschluss der Behandlung die Weiterleitung des Versicherten nach den vertraglichen Vorgaben unter zeitnaher Weitergabe therapierelevanter Informationen unter Beachtung der Kooperationsvereinbarung vom 28.10.2004,
 8. Die Verordnung und Empfehlung von Arzneimitteln unter Angabe von Wirkstoffen gem. § 115c SGB V. Über die Arzneimitteltherapie (Wirkstoffverordnung) werden die Patienten durch die behandelnden Ärzte aufgeklärt und sensibilisiert. Es erfolgt eine Abstimmung zwischen den behandelnden Ärzten in Hinblick auf die Pharmakotherapie. Dabei ist der weiterbehandelnde Arzt über die Kontakte bei der Einweisung in das Krankenhaus und über die Patientenaufklärung in den Prozess einzubeziehen.
- (2) Die ambulante Durchführung der Leistungen des Krankenhauses gemäß Abs. 1, Nr. 1 darf ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie (Kardiologe) erfolgen. Kardiologen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 sind ebenfalls zur Durchführung dieser Leistungen im Krankenhaus berechtigt. Sonstige Ärzte können die Leistungen nur unter unmittelbarer Aufsicht /Weisung und bei persönlicher Anwesenheit eines Kardiologen erbringen.
- (3) Die stationäre Durchführung der Leistungen des Krankenhauses gem. Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 darf ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie (Kardiologe) erfolgen. Kardiologen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 sind ebenfalls zur Durchführung dieser Leistungen einschließlich der Indikationen der Anlage 7, 1.7.3. im Krankenhaus berechtigt. Sonstige Ärzte können die Leistungen nur unter unmittelbarer Aufsicht /Weisung und bei persönlicher Anwesenheit eines Kardiologen erbringen.

§ 6

Teilnahme der Leistungserbringer

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag und die Berechtigung, Leistungen der jeweiligen Versorgungsebene erbringen und abrechnen zu können, ist nur bei Vorliegen der Qualifikations- und Teilnahmevoraussetzungen zur Erfüllung der nach diesem Vertrag bestehenden Leistungspflichten der jeweiligen Versorgungsebene einschließlich seiner betreffenden Anlagen 1, 2, 3 möglich. Die Leistungserbringer verwenden zu diesem Zweck das Antragsformular der Anlage 5. Die Vertragspartner verpflichten sich gegenüber der BARMER die zuvor genannten Teilnahmevoraussetzungen zu überprüfen. Soweit die Strukturvoraussetzungen erfüllt sind, ist eine Teilnahme an diesem Vertrag gegeben. Die Teilnahmeerklärung mit dem Prüfergebnis der Teilnahmevoraussetzungen wird der BARMER unverzüglich von den Vertragspartnern übermittelt. Die Barmer behält sich eine Prüfung der Notwendigkeit und des Bedarfs vor. Über den Beitritt von Vertragsärzten wird die BARMER das HGZ ADW und MK unverzüglich informieren.
- (2) Die Berechtigung zur Teilnahme beginnt mit Zugang der Teilnahmebestätigung. Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der BARMER kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die Teilnahme eines Leistungserbringers endet ohne Kündigung, wenn die Voraussetzungen zur Teilnahme an und nach diesem Vertrag nicht oder nicht mehr vorliegen. Der Leistungserbringer hat das Nichtvorliegen oder den Wegfall dieser Voraussetzungen sofort gegenüber der BARMER schriftlich anzuzeigen.
- (3) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Leistungserbringer gemäß §§ 3 bis 5 führt die BARMER ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis wird den Vertragspartnern einmal pro Quartal in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Das Teilnehmerverzeichnis wird bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der BARMER zur Verfügung gestellt. Daneben kann das Teilnehmerverzeichnis von der BARMER auch in anderer Weise (z.B. Internet) veröffentlicht werden.

§ 7

Teilnahme der Versicherten

- (1) Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben ausschließlich die Versicherten der BARMER, die ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag erklärt haben und die nachfolgenden weiteren Voraussetzungen erfüllen. Der Anspruch erlischt vorbehaltlich des § 19 Abs. 2 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.

-
- (2) An der integrierten Versorgung nach diesem Vertrag können alle Versicherten der BARMER auf freiwilliger Basis teilnehmen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- a) der teilnehmende Leistungserbringer hat
 - 1. durch Diagnostik gemäß Ziffer 1.2. der Anlage 7 die Diagnose „Koronare Herzkrankheit“ gestellt, oder
 - 2. unter Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen gemäß Anlage 4 die Indikation zur Koronarangiographie gestellt, dokumentiert und die Durchführung veranlasst.
 - b) der/die Versicherte ist körperlich und geistig in der Lage an der Versorgung dieses Vertrages teilzunehmen.
 - c) die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch intensivierete Betreuung und aktive Mitwirkung des Versicherten ist zu erwarten.
- (3) Der an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmende Arzt berät den Versicherten über Inhalte und Ablauf der vertraglich geregelten Versorgung und überreicht in diesem Rahmen eine Patienteninformationsschrift gem. Anlage 11. Die Versicherten erklären ihre Beteiligung an der Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung nebst Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (Anlage 6T). Die unterzeichneten Erklärungen des Versicherten sind der BARMER durch den erstbehandelnden Leistungserbringer sofort zu übermitteln.
- (4) Alle an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sind umfassend über die zum jeweiligen Zeitpunkt in der Region angebotenen Disease Management Programme zu informieren. Der Arzt prüft die Teilnahmevoraussetzungen für das betreffende DMP und motiviert den Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen zur Teilnahme.
- (5) Versicherte, die auf Grund ihres Krankheitszustandes oder aus anderen Gründen keine Teilnahmeerklärung abgeben können, haben die Möglichkeit, diese Erklärungen während der Dauer des stationären Krankenhausaufenthaltes abzugeben.
- (6) Die Teilnahme des Versicherten an der Integrierten Versorgung beginnt mit dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung gem. Abs. 3 unterzeichnet wurde. Der Versicherte hat die Möglichkeit seine Teilnahmeerklärung zu widerrufen. Die Teilnahme des Versicherten endet ferner mit dem Ende der Laufzeit des Vertrages sowie mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung. Ferner endet die Teilnahme, wenn diese aufgrund der Voraussetzung nach § 7 Abs. 2 a) Ziffer 2

erfolgte, und im Rahmen der durchgeführten Diagnostik die Diagnose „Koronare Herzkrankheit“ nicht bestätigt wurde.

- (7) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach § 3 und den qualifizierten Facharzt nach § 4 zu wechseln. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt dem neu gewählten koordinierenden Arzt alle therapierelevanten Krankenunterlagen.

§ 8

Versichertenbonus / Zuzahlung

- (1) Die teilnehmenden Leistungserbringer klären den Versicherten über die gesetzliche Verpflichtung zur Zuzahlung und über die Bonusregelung für die Teilnahme an integrierten Versorgungsformen, insbesondere durch Aushändigung des Merkblattes gem. Anlage 6Z, auf.
- (2) Die teilnehmenden Leistungserbringer erheben die Zuzahlungsbeträge entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen. Wird eine Zuzahlung nicht geleistet, bemüht sich der Leistungserbringer durch schriftliche Erinnerung den Zuzahlungsbetrag zu erhalten.
- (3) Der jeweilige Leistungserbringer überlässt dem Patienten nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (gem. Anlage 6T) und nach Entrichtung der gesetzlichen Zuzahlung eine Bescheinigung über die Höhe der entrichteten Zuzahlung (gem. Anlage 6Z) zur Vorlage bei der BARMER. Die Bescheinigung ist Grundlage der Erstattung der Zuzahlung an den Patienten durch die BARMER in Höhe des in der Satzung vorgesehenen Betrages infolge der Teilnahme an der Integrierten Versorgung.
- (4) Die Zuzahlung nach Abs. 2 ist nicht zu erheben sofern per Mitteilung durch die BARMER festgestellt wurde, dass im laufenden Jahr eine Zuzahlungspflicht des Patienten nicht mehr besteht.
- (5) Die Zuzahlungsbeträge für stationäre Krankenhausbehandlung werden mit der Forderung der Leistungserbringer auf Vergütung von Leistungen verrechnet, indem diese von der Rechnung in der vereinnahmten Höhe abgesetzt werden.
- (6) Sind trotz schriftlicher Erinnerung durch den Leistungserbringer vom Patienten Zuzahlungen nicht geleistet worden, sind vom Leistungserbringer quartalsweise unter Angabe von Mitgliedsnummer, Namen, Geburtsdatum und Behandlungszeitraum diese Patienten der BARMER bekannt zu geben.

-
- (7) Weist der Patient der BARMER z.B. durch Quittung nach, dass die Zuzahlung zu Unrecht geleistet wurde, so erstattet die BARMER dem Patienten die überzahlten Beträge.
 - (8) Die für die Einziehung, Abrechnung und Quittierung der Zuzahlung entstehenden Verwaltungskosten sind Selbstkosten des Leistungserbringers und können weder den Versicherten noch der BARMER in Rechnung gestellt werden.

§ 9

Kooperationsregeln

- (1) Die Leistungen gem. §§ 3-5 werden zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach definierten Kooperationsregeln erbracht. Diese sind in Kap. 1.7 der Anlage 7 formuliert. Die Festlegung des Behandlungsverlaufs nach Überweisung bzw. Rücküberweisung werden von den Vertragsparteien festgelegt (Clinical Pathways gemäß Anlage 8).
- (2) Insbesondere werden stationäre interventionelle Leistungen gem. § 5 – abgesehen von Notfällen - durch die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser nur auf Überweisung des Kardiologen gem. § 2 Abs. 1 Nr. 2 erbracht. Eine Rücküberweisung zum überweisenden Kardiologen erfolgt unverzüglich nach Abschluss der Therapie entsprechend Anlage 8.
- (3) Entsprechend den Grundsätzen der §§ 2, 12, 39 SGB V wird eine stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung nur dann durchgeführt, wenn nach Art und Schwere der Erkrankung die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Betreuung nur mit den Mitteln des Krankenhauses möglich ist, d.h. ambulante vertragsärztliche Versorgung nicht ausreicht. Bei der Aufnahme wird im Rahmen einer unverzüglichen Untersuchung durch einen Krankenhausarzt geklärt, ob die Krankenhausbehandlung notwendig ist. Die Aufnahme ist unverzüglich von dem leitenden Abteilungsarzt oder seinem Vertreter zu überprüfen. Der Patient ist in häusliche Krankenpflege (§ 39 SGB V) zu entlassen, wenn dieses aus medizinischen Gründen möglich ist. Sobald festgestellt wird, dass teilstationäre oder ambulante Behandlung ausreicht, ist diese ggf. durch Verlegung bzw. Entlassung zu veranlassen.
- (4) Ein Notfall im Sinne des Abs. 2 liegt insbesondere vor, wenn sich der Patient infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder in Lebensgefahr befindet oder der Gesundheitszustand eine wesentliche Verschlechterung befürchten lässt, sofern nicht sofortige stationäre Behandlung eingeleitet wird.
- (5) Wird bei der Aufnahmeuntersuchung oder im Laufe der Behandlung festgestellt, dass es medizinisch zweckmäßig ist, die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen,

ist die Verweisung oder Verlegung in eines der nächsterreichbaren, geeigneten und berechtigten Krankenhäuser unverzüglich zu veranlassen.

§ 10

Qualitätssicherung

- (1) Zur Erreichung der Versorgungsziele gemäß § 1 verpflichten sich die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringer neben der Beachtung der §§ 135 und 137 SGB V zur
- Erfüllung der in den Anlagen 1 bis 3, und Beachtung der in der Anlage 4 festgelegten Voraussetzungen,
 - zur Organisation eines internen Qualitätsmanagements (QM),
 - und zur Organisation von, und der Teilnahme an Qualitätszirkeln entsprechend der in den Anlagen 1 bis 3 enthaltenen Vorgaben.
- (2) Zu den Zielen des QM zählen insbesondere die Beachtung der Anforderungen an die medizinische Behandlung gemäß Anlage 7, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, sowie die Einhaltung der Kooperationsregeln dieser Vereinbarung.
- (3) Folgende Kriterien sind u.a. Gegenstand des (QM):
- Reduzierung des Anteils der Patienten mit Auftreten eines akuten Koronarsyndroms.
 - Vermeidung der Entwicklung einer Herzinsuffizienz NYHA Stadium III und IV.
 - Erreichung der individuell mit dem Patienten vereinbarten Zielvereinbarung Blutdruck, möglichst unter Werte von 140/90 mmHG.
 - Medikation mit einem Betarezeptorenblocker bei Patienten mit Diabetes mellitus und Zustand nach Myokardinfarkt unter Beachtung der Kontraindikationen.
 - Medikation mit einem Thrombozytenaggregationshemmer unter Beachtung der Kontraindikationen.
 - Reduzierung des Anteils der Patienten die eine stationäre notfallmäßige Behandlung von Angina pectoris / KHK in den letzten 12 Monaten erhalten haben.

- Vermeidung unnötiger Herzkatheteruntersuchungen
- (4) Ein interner Qualitätsbericht wird vom HGZ selbst erstellt und enthält Aussagen zur Erreichung der Qualitätsziele, Therapiekonzepten, Aktivitäten zur Qualitätssicherung der letzten 12 Monate. Die BARMER stellt dem HGZ einmal jährlich hierzu unter Beachtung der gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen geeignete Leistungsdaten aus dem ambulanten und stationären Sektor zur Verfügung. Die Qualitätsberichte sind der BARMER einmal jährlich ab Inkrafttreten der Vereinbarung vorzulegen.
- (5) Darüber hinaus ist die BARMER berechtigt, die Qualität der Behandlung, die Indikationsstellung sowie die Angemessenheit der Behandlung jederzeit zu überprüfen. Hierbei sind auch Begutachtungen unter Hinzuziehung der Krankenunterlagen durch den von der BARMER beauftragten MDK möglich.
- (6) Die Kliniken nehmen an dem externen QS-Verfahren nach § 137 SGB V teil und stellen der BARMER die klinik- und patientenbezogenen Auswertungen der Bundes- bzw. Landesgeschäftsstelle für QS (BQS bzw. LQS) zur Verfügung. Im Besonderen werden folgende Qualitätsziele auf Basis der BQS/LQS-Auswertungen nach § 137 SGB V vereinbart:

Indikation zur Koronarangiografie :

- Selten Hauptdiagnose: Ausschluss KHK
- Selten Koronarangiografie bei Patienten ohne Angina pectoris
- Oft eine angemessene Indikationsstellung
- Selten Z. n. Myokardinfarkt als einzige Indikation zur Koronarangiografie
- Selten Koronarangiografien bei Pat. ohne akutes Koronarsyndrom, ohne Angina pectoris, ohne Dyspnoe und ohne Ischämienachweis bei Belastung

Weitere Ziele:

- Geringe Durchleuchtungsdauer bzw. Flächendosisprodukt bei Koronarangiographie zur Reduktion der Strahlenbelastung bei Koronarangiographie
- Geringe Kontrastmittelmenge bei Koronarangiographie
- Oft eine angemessene Therapieempfehlung nach Koronarangiographie
- Selten postoperative Komplikationen nach Koronarangiographie
- Selten eine PTCA mit prognostischer Indikation
- Geringe Strahlenbelastung bei PTCA
- Geringe Kontrastmittelmenge bei PTCA
- Angemessene Anzahl Stent-Implantationen pro Eingriff

- Selten intraoperative Komplikationen bei PTCA
- Selten Komplikationen am Zugang nach PTCA
- Selten postoperative Komplikationen nach PTCA

Die Qualitätsziele werden den jeweils gültigen Indikatoren der BQS angepasst. Darüber hinaus können weitere Qualitätsziele sukzessive in die Vereinbarung aufgenommen werden. Es wird grundsätzlich angestrebt, dass die Ergebnisse des Krankenhauses unterhalb des Mittelwerts, Medians und - sofern vorliegt - des Referenzwertes liegen. Werden die Qualitätsziele nicht erreicht, werden Gespräche zwischen BARMER und den Vertragspartnern aufgenommen, um die Ergebnisse zu analysieren und Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität zu vereinbaren. Kann dies nicht erreicht werden, liegt ein Grund für eine außerordentliche Kündigung vor.

§ 11

Leistungskomplexe / Vergütung

- (1) Die Vergütung der in den §§ 3 bis 5 beschriebenen Leistungen erfolgt auf der Grundlage von Leistungskomplexen in Form von Komplexpauschalen. Die Leistungskomplexe sind im einzelnen anhand der betreffenden EBM in Anlage 9 definiert und umfassen insoweit auch die im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung veranlassten Leistungen Dritter, soweit diese Leistungen von der Leistungsdefinition dieses Vertrages erfasst sind. Insoweit hat der veranlassende Arzt darauf hinzuwirken, dass die Abrechnung der veranlassten Leistungen durch nicht am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer allein ihm gegenüber und nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt. Gleiches gilt für die an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser bezüglich von ihnen veranlasster Leistungen Dritter in analoger Anwendung des § 2 Absatz 2, S. 2 Nr. 2 BpflV/KHEntgG.
- (2) Die Abrechnung ist gemäß der Grundsätze der §§ 295 und 301 SGB V vorzunehmen.
- (3) Mit Inkrafttreten eines neuen EBM gem. § 87 Abs. 2a SGB V (EBM 2000 plus) erfolgt eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Leistungskomplexe.
- (4) Ab 01.01.2005 wird die Notwendigkeit der Anpassung der Vergütung gemeinsam überprüft. Zu diesem Zweck legen die Vertragspartner die der Kalkulation der Leistungskomplexe zugrundeliegenden Daten sowie insbesondere notwendige Leistungs- und Strukturdaten offen.
- (5) Bei Leistungen, die nicht Bestandteil der Leistungsdefinition nach diesem Vertrag sind, erfolgt die Vergütung nicht auf der Grundlage dieses Vertrages sondern nach den für diese Leistungserbrin-

ger geltenden Abrechnungsgrundsätze, soweit nicht dieser Vertrag eine abweichende Regelung vorhält.

- (6) Für den Fall, dass der BARMER entgegen der nach diesem Vertrag geltenden Regelungen neben einer Kompletpauschale nach Anlage 10 ein von diesem Vertrag einschließlich seiner Vergütungsvereinbarungen nicht vorgesehenes oder ein Entgelt ohne Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen nach diesem Vertrag einberechnet und von ihr vergütet wird, besteht die uneingeschränkte und sofortige Pflicht des Empfängers der Zahlung zur Rücküberweisung des ohne rechtlichen Grund Erlangten. Die Auf- oder Verrechnung mit Forderungen gegen die BARMER ist insoweit ausgeschlossen. Kommt der Vertragspartner seiner Pflicht zur Gutschrift nicht gem. Satz 1 dieses Absatzes nach, so ist die BARMER zur Absetzung dieses überzahlten Betrages von einer der nachfolgenden Rechnungen uneingeschränkt berechtigt.

§ 12

Gewährleistung

- (1) Für invasiv interventionelle Maßnahmen wird eine Gewährleistung von 2 Jahren für die ärztliche Tätigkeit mit der Konsequenz einer hierauf ausgerichteten Qualitätskontrolle vereinbart.
- (2) Kommt es nach einer Stentimplantation zu einer klinisch-relevanten In-stent-Restenose und führt diese zu einer Re-Coronarangiographie bzw. Re-Intervention, so kann die BARMER eine Gewährleistungsprüfung (Qualitätskontrolle) veranlassen.
- (3) Diese wird von einem durch die Partner einvernehmlich zu vereinbarenden Gutachter durchgeführt. Für den Fall, daß der Gutachter feststellt, daß die ärztliche Leistung als Ursache für die Restenose anzusehen ist, so wird hierfür die Gewährleistung übernommen.
- (4) Für einen aus diesem Grunde erneut notwendigen Zweiteingriff entfällt dann der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers für die ärztliche Leistung an die BARMER.

§ 13

Finanzierung

- (1) Die Finanzierung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen bestimmt sich nach den in Anlage 9 vereinbarten Inhalten.
- (2) Die Vergütung der nach diesem Vertrag stationär eingeleiteten Leistungen und Maßnahmen erfolgt auf der Grundlage des zwischen der BARMER und dem ADW abgeschlossenen Integra-

tionsvertrages vom 28.01.2004 sowie dem MK vom 28.10.2004. Dies gilt auch für die der Integrationsvergütung bedeutsame Bestimmung der stationären Leistungsmenge, die auch weiterhin über das Gesamtbudget zu finanzierenden Leistungsbestandteile enthält.

- (3) Anknüpfend an die Regelungen der im Abs. 2 genannten Verträge gehen die Vertragsparteien übereinstimmend davon aus, dass sich bei dem Krankenhaus ein Mindererlös im Zusammenhang mit Leistungen der Integrierten Versorgung nach diesem Vertrag nicht einstellen und folglich auf der Grundlage der Regelung des § 140 c Abs. 2 SGB V ein entsprechender Ausgleich nicht stattfinden wird.
- (4) Für den Fall der gesetzlichen Änderung der Aussetzung der Budgetbereinigung bzgl. der auch weiterhin über das Gesamtbudget zu finanzierenden Leistungsbestandteile der Integrierten Versorgung im Zeitraum 2004 bis 2006 hat eine diesbezügliche Anpassung dieser vertraglichen Regelung auf dem Verhandlungswege zu erfolgen.

§ 14

Rechnungslegung

- (1) Die Rechnungslegung erfolgt für alle Leistungserbringer nach §§ 3 und 4 dieses Vertrages über das HGZ. Das HGZ übernimmt die Prüfung der Rechnungslegung der Leistungserbringer nach von der BARMER und den Leistungserbringern einvernehmlich festgelegten Regularien (Anlage 10). Die Leistungen gem. § 3 und § 4 Nr. 1 bis 4 und 6 bis 10 sind jeweils nur einmalig im Quartal berechnungsfähig; ein Behandlungsfall für diese Leistungen gilt folglich mit Quartalsende als abgeschlossen.
- (2) Die Rechnungslegung für die nach §§ 3 und 4 erbrachten Leistungen erfolgt innerhalb von 14 Kalendertagen nach Abschluss der jeweiligen Leistungskomplexe..
- (3) Sollte die nach Abs. 1 vorgesehene Übermittlung nicht erfolgen können, so gelten die nach dieser Regelung bestehenden inhaltlichen Vorgaben auch für die anderen Formen der Rechnungslegung. Die Parteien verpflichten sich in diesem Fall zur Herbeiführung des nach Abs. 1 dieses Absatzes vorgesehenen Regelfalls.
- (4) Werden Leistungen als Auftragsleistung erbracht (z.B. nach Bundesversorgungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz oder dem Bundesseuchengesetz etc.), sind die Einzelrechnungen in doppelter Ausfertigung bei der BARMER einzureichen oder ihr zu übermitteln.

-
- (5) Die Vertragspartner dürfen im Rahmen der Leistungen nach diesem Vertrag von den Patienten keine Vorschüsse verlangen. Die Patienten nehmen diese Leistungen als Sachleistung in Anspruch, Behandlungsverträge zwischen dem Vertragspartner und dem Patienten können insoweit nur bezüglich Wahlleistungen geschlossen werden.
 - (6) Die Fälligkeit der zu entrichtenden Vergütung tritt nach Ablauf von 28 Kalendertagen nach Zugang der Rechnung ein, sofern nicht dieser Vertrag abweichende Regelungen vorsieht. Die Bezahlung der Rechnung erfolgt für alle im Zusammenhang mit dem Behandlungsfall erbrachten Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung allein an die vereinbarte Abrechnungsstelle lt. Abs. 1. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. Der Zeitpunkt der Fälligkeit verschiebt sich auf den nachfolgenden Werktag, falls der Tag der Fälligkeit auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt.
 - (7) Soweit Rechnungsbetrag und Überweisung nicht übereinstimmen, übermittelt die BARMER eine Zahlungsmittelung an die Abrechnungsstelle, aus der sich der Grund für fehlende Übereinstimmung ergibt.
 - (8) In Fällen der rechnerischen oder sachlichen (inhaltlichen) Beanstandung durch die BARMER, die in zeitlicher Hinsicht keiner Beschränkung unterliegt, tritt die Fälligkeit der Forderung nur in Höhe des auf dieser Grundlage unstreitigen Betrages ein. Erfolgt die sachliche oder rechnerische Beanstandung erst nach der Bezahlung durch die BARMER, so ist die BARMER berechtigt, die auf dieser Grundlage beanstandeten Zahlungen in entsprechender Höhe von einer der nachfolgenden Rechnungen ohne zeitliche Beschränkung abzusetzen, wenn nicht der Leistungserbringer zuvor seiner Verpflichtung zur Gutschrift des auf dieser Grundlage überzahlten Betrages nach Aufforderung durch die BARMER nachgekommen ist. Rechnungen in diesem Sinne sind insbesondere auch Rechnungen für Leistungen im Rahmen von Behandlungsfällen außerhalb der integrierten Versorgung.
 - (9) Der Vertragspartner nimmt zu den mitgeteilten Gründen nach Abs. 7, 8 gegenüber der BARMER schriftlich Stellung. Bestehen danach aus der Sicht der BARMER die Gründe für die rechnerische oder sachliche Beanstandung fort, so kann die BARMER eine Überprüfung durch Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (nachfolgend: MDK) veranlassen. Zu diesem Zweck ist der Vertragspartner auf das Anfordern durch die BARMER zur Herausgabe sämtlicher Behandlungsunterlagen in einem verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung an den MDK an die BARMER oder auf Anforderung durch den MDK an diesen verpflichtet.
 - (10) Kosten für Bescheinigungen und Berichte, welche die BARMER und der MDK zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der weiterbehandelnde Arzt oder die weiterbehandelnde Einrichtung im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung des Patienten benötigen, sind mit der

Komplexpauschale abgegolten, soweit in der Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 15

Datenschutz und Öffentlichkeitsarbeit

- (1) Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern einzuhalten.
- (2) Ein behandelnder Vertragspartner darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140 b Abs. 3 die den Patienten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Patient ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Vertragspartner zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet.
- (3) Alle Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit über diese Integrierte Versorgung sind vorbehaltlich der Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 3 und 4 nur im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern zulässig.

§ 16

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.11.2004 in Kraft.
- (2) Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten (für die Vergütungsregelungen gem. Anlage 10), mit einer Frist von drei Monaten (für die Hauptvereinbarung) zum Jahresende gekündigt werden, frühestens zum 31.12.2005.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung dieser Vereinbarung ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der die Teilnehmer zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere vor,
 - a) wenn die Voraussetzungen dieser Integrierten Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen,

- b) wenn die Leistungen der teilnehmenden Ärzte oder des Krankenhauses, die Gegenstand dieser Integrierten Versorgung sind, in erheblichem Umfange mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vorhabenszweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird,
- c) bei Verstoß gegen Inhalte, insbesondere Grundsätze und Ziele dieses Vertrages.

Vor Erklärung einer außerordentlichen Kündigung haben die Vertragspartner – soweit möglich und zumutbar – auf eine Beseitigung des zur Kündigung berechtigenden Umstandes hinzuwirken.

- (4) Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief - unter Angabe des Kündigungsgrundes – zu erfolgen.

§ 17

Rechtsbeziehungen zu anderen Kostenträgern

Die Vertragspartner kommen ferner überein, dass der Abschluss eines den Gegenstand dieses Vertrages betreffenden weiteren Integrationsvertrages zwischen einem Leistungserbringer und einem anderen Kostenträger für zwei Monate nach Inkrafttreten dieses Vertrages ausgeschlossen ist. Gleiches gilt für die weiteren diesem Vertrag zukünftig beitretenden Leistungserbringer ab dem Zeitpunkt ihrer Teilnahme an diesem Vertrag.

§ 18

Schlussbestimmungen

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (2) Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des Vertrages.
- (3) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahe kommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

-
- (4) Sofern mit anderen Krankenkassen bzw. deren Verbänden außerhalb der Beitrittsmöglichkeiten nach § 17 dieses Vertrages, Vereinbarungen mit gleichen und/oder ähnlichen indikationsbezogenen Leistungen zu günstigeren Konditionen/Vergütungen vereinbart werden, gelten diese mit sofortiger Wirkung auch für den Kostenträger dieses Vertrages.
- (5) Eine Haftung des HGZ scheidet grundsätzlich aus.

Hamburg, den 28.10.2004

Thomas Wortmann
Landesgeschäftsführer
BARMER Landesgeschäftsstelle Nord

Dr. Bastian Steinberg
Geschäftsführer
Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & Co KG (HGZ)

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg
Vorstandsvorsitzender
Albertinen-Diakoniewerk e.V.

Werner Koch
Geschäftsführer
Kath. Marienkrankenhaus gGmbH

- Anlage 1 -

Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 2 Absatz 1

des Vertrages zur Integrierten Kardiologischen Versorgung nach § 140 b SGB V

1. Versorgungsstufe – koordinierender Arzt

fachliche Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Arzt für Praktische Medizin - Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung bzw. Information durch Arzt-Manual¹ - Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards - Durchführung eines Belastungs-EKGs nach den Leitlinien zur Ergometrie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie² - mindestens einmal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischen zertifizierten Fortbildungen bzw. Teilnahme an KHK-spezifischen Qualitätszirkeln. (Mindestdauer 4 Stunden / Jahr)
apparative Voraussetzungen	<p>Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EKG - Belastungs-EKG² - 24-Stunden Blutdruckmessgerät² - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung und der Fettstoffwechselwerte

¹) Die Arztinformationsveranstaltung und das Arzt-Manual sollen über folgende Inhalte informieren:

- Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Koronare Herzkrankheit
- Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
- Informationen über Indikationen zur Überweisung zum kardiologisch oder jeweils qualifizierten Facharzt / spezialisierte Einrichtung
- Informationen zu Empfehlungen, bei denen Evidenz und/oder allgemeiner Konsens besteht, dass die Durchführung einer Koronarangiographie oder Interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation nützlich und effektiv ist
- Informationen zu Empfehlungen, bei denen Evidenz und/oder allgemeiner Konsens besteht, dass die Durchführung einer Koronarangiographie oder Interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation **nicht** nützlich und effektiv ist und in manchen Fällen schädlich sein kann
- Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit
- Voraussetzungen zur Erstellung eines Risikoprofils (z.B. Procam; Framingham)
- Informationen zur Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- Information über die Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
- Informationen zur Ernährungsberatung
- Informationen zur Raucherberatung

Patientenberatung, psychosoziale Betreuung

²) Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden

- Anlage 2 – Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 2 Abs. 2

des Vertrages zur Integrierten Kardiologischen Versorgung nach § 140 b SGB V

2. Versorgungsstufe – Kardiologe

<p>Fachliche und organisatorische Voraussetzungen konventionelle Kardiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie – Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme – Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region – Zusammenarbeit mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung – Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Herzchirurgie – Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Einrichtung / Schwerpunktpraxis für Nuklearmedizin – Zusammenarbeit / Kenntnisse über Koronarsportgruppen in der Region – mindestens einmal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischen zertifizierten Fortbildungen (Minstdauer der Fortbildungen 4 Stunden / Jahr) – regelmäßige Teilnahme an KHK-spezifischen strukturierten Qualitätszirkeln mit Haus- und Fachärzten in der Region (Minstdauer der Teilnahme an QZ 8 Stunden / Jahr)
<p>Apparative Voraussetzungen konventionelle Kardiologie</p>	<p>Mindest-Anforderungen der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – farbkodierte Dopplerechokardiographie, Stressechokardiographie¹ – EKG, Belastungs-EKG², Langzeit-EKG – 24 Stunden-Blutdruckmessgerät
<p>Zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie qualifizierte Einrichtung (zusätzlich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Fachliche, organisatorische und apparative Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie (03.09.1999) § 135 Abs. 2 SGB V.³ – Fachliche Voraussetzungen gemäß Anlage 4 „Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser mit Schwerpunkt Kardiologie und interventionelle Kardiologie“

¹⁾ Es gelten die Voraussetzungen der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

²⁾ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

³⁾ Die Qualitätsanforderungen zur Koronarangiographie gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie (03.09.1999) § 135 Abs. 2 SGB V gelten auch im stationären Sektor.

2. Versorgungsstufe - Auftragsleistung

Leistungserbringer, zu denen bei entsprechender Kann-Indikation mit Auftragsleistung zu überweisen ist, sind Vertragsärzte, die folgende Strukturvoraussetzungen erfüllen.

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
Nuklearmedizinische Diagnostik	Facharzt für Nuklearmedizin
Weiterführende diabetologische Diagnostik und Therapie	<p><u>Facharzt für Allgemeinmedizin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Anerkennung als Diabetologe DDG oder – das 80-stündige Curriculum der DDG und eine mindestens 2-jährige internistische Weiterbildung mit mindestens einjähriger Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung und – regelmäßige Betreuung einer ausreichenden Anzahl von Diabetepatienten (mindestens 250 Diabetiker pro Quartal) <p><u>Facharzt für Innere Medizin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Anerkennung als Diabetologe DDG oder – das 80-stündige Curriculum der DDG oder – die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer Diabeteseinrichtung – die regelmäßige Betreuung einer ausreichenden Anzahl von Diabetepatienten (mindestens 250 Diabetiker pro Quartal)
Psychische, psychosomatische oder psychosoziale Behandlung	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse

- Anlage 3 -

Strukturqualität für Krankenhäuser

des Vertrages zur Integrierten Kardiologischen Versorgung nach § 140 b SGB V

Konventionelle Kardiologie

Fachliche Voraussetzungen:

Einrichtung einer hauptamtlichen Abteilung Kardiologie mit mindestens 3 Fachärzten für Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie in Vollzeitbeschäftigung

Qualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal

Organisatorische und apparative Voraussetzungen:

Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region

Kooperation / Zusammenarbeit mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Einrichtung / qualifizierten Schwerpunktpraxis

Kooperation / Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Herzchirurgie

Kooperation / Zusammenarbeit mit einer spezialisierte Einrichtung / Schwerpunktpraxis für Nuklearmedizin

Kooperation / Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung / Praxis zur psychologischen, psychosomatischen oder psychosozialen Behandlung
(Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse)

Fortbildung

Mindestens einmal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischen zertifizierten Fortbildungen für das zuständige ärztlich Personal, das Pflegepersonal und das med. Assistenzpersonal. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden / Jahr.

Mindestens zweimal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischen strukturierten Qualitätszirkeln mit Hausärzten und Fachärzten der kardiologisch qualifizierten Einrichtungen / Schwerpunktpraxen in der Region. Mindestdauer der Qualitätszirkel 8 Stunden / Jahr.

Durchführung von Koronarangiographien (zusätzlich)

Mindestmenge von 150 Katheterisierungen pro Facharzt pro Jahr

Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie gemäß Anlage 4

Organisatorische und apparative Voraussetzungen

Räumliche Ausstattung von Herzkatheter-Räumen entsprechend den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (03.09.1999)

Qualifizierte Nachbetreuung des Patienten von mindestens 4 Stunden nach einer Linksherzkatheteruntersuchung ohne therapeutische Intervention

Beteiligung an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß §135 a Absatz 2 SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung) mit Teilnahme an der externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), sowohl bei ambulanter als auch stationärer Leistungserbringung.

Koronarrevaskularisation - percutane koronare Intervention (zusätzlich)

Verfahren:

(Ballondilatation, Stent-Implantation, Laser, Atherektomie, Rotablation)

fachliche Voraussetzungen:

Mindestmenge von 75 therapeutischen Eingriffen pro Facharzt pro Jahr
und
200 Eingriffe pro Jahr pro Schwerpunktabteilung interventionelle Kardiologie

Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen zur Durchführung einer interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation gemäß Anlage 4

Organisatorische und apparative Voraussetzungen

Räumliche Ausstattung von Herzkatheter-Räumen entsprechend den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (03.09.1999)

Qualifizierte Nachbetreuung des Patienten von mindestens 24 Stunden nach einer Linksherzkatheteruntersuchung mit therapeutischer Intervention

Beteiligung an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß §135 a Absatz 2 SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung) mit Teilnahme an der externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), sowohl bei ambulanter als auch stationärer Leistungserbringung.

Strukturvoraussetzungen Zentrum für Herzchirurgie - Auftragsleistungen

Bei vorliegender Indikation für eine koronarchirurgische Therapie soll vorrangig in ein Zentrum für Herzchirurgie eingewiesen bzw. verlegt werden, dass folgende Voraussetzungen erfüllt:

Fachliche Voraussetzungen für die Durchführung von koronarchirurgischen Eingriffen (By-pass-Operationen):

Anerkanntes Zentrum für Herzchirurgie

Mindestens 3 Facharzt für Herzchirurgie in Vollzeitbeschäftigung

Qualifiziertes Assistenz- und Pflegepersonal

Mindestanzahl an Operationen Koronarchirurgie 50 Operationen pro Operateur pro Jahr
und

Mindestanzahl an Operationen Koronarchirurgie 200 Operationen pro Krankenhaus / Abteilung pro Jahr

Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen zur Durchführung einer interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5 Ziffer 1.5.3.2 der 7. RSA-ÄndV)

Organisatorische und apparative Voraussetzungen

Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region

Kooperation / Zusammenarbeit mit kardiologischen Schwerpunktpraxen / qualifizierte Einrichtungen für interventionelle Kardiologie (Herzkatheterlabor)

Kooperation / Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung / Praxis zur psychologischen, psychosomatischen oder psychosozialen Behandlung
(Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse)

Einrichtung einer kardiochirurgischen Intensivstation

Fortbildung

mindestens einmal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischen zertifizierten Fortbildungen für das zuständige ärztlich Personal, das Pflegepersonal und das med. Assistenzpersonal. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden/ Jahr.

Mindestens zweimal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischen strukturierten Qualitätszirkeln mit Hausärzten und Fachärzten der kardiologisch qualifizierten Einrichtungen / Schwerpunktpraxen in der Region. Mindestdauer der Qualitätszirkel 8 Stunden / Jahr.

Qualitätssicherung Koronarchirurgie

Teilnahme an der externen Qualitätssicherung entsprechend § 135 a Absatz 2 SGB V und der Vereinbarung nach § 137 SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung Herz für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Herzchirurgie) mit Teilnahme an der externen Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS).

- Anlage 4 -

Indikationen und Kontraindikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie, interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation

Aus der siebenten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (Anlage 5 der 7. RSA-ÄndV) vom 28. April 2003 und dem Begründungstext

Koronarangiographie

A) In folgenden Konstellationen ist die Durchführung einer Koronarangiographie insbesondere zu erwägen (Evidenzgrad I):

1. Patienten die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben (ACC/AHA (2002a), SIGN 32 (1998), TACTICS (2001), FRISC (1999).
2. Patienten mit stabiler Angina pectoris trotz medikamentöser Therapie (CCS Klasse III und IV) (ACC/AHA (2002b), SIGN 32 (1998).
3. Patienten mit Hochrisikomerkmale bei der nicht-invasiven Vortestung, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris (ACC/AHA (2002b), SIGN 32 (1998)
4. Patienten mit Angina, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben (ACC/AHA (2002b).
5. Patienten mit Angina und Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz (ACC/AHA (2002b)

B) In folgender Konstellation wird die Durchführung einer Koronarangiographie nicht empfohlen (Evidenzgrad III)

1. Patienten mit stabiler Angina (CCS Klasse I oder II), die auf eine medikamentöse Therapie ansprechen und die keine Zeichen einer Ischämie bei nichtinvasiver Untersuchung aufweisen (ACC/AHA (2002).
2. Patienten nach Intervention (CABG oder PCI) ohne wieder aufgetretener Angina pectoris oder anderen Ischämienachweisen oder Zusatzindikationen (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie 2003).
3. Patienten, die eine Revaskularisierung vermeiden möchten (ACC/AHA (2002b)
4. fehlender therapeutischer Konsequenz (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie 2003).

Interventionelle Therapie und Koronarrevaskularisation

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

Für die Entscheidung zur Durchführung einer interventionellen Therapie und/oder operativen Koronarrevaskularisation sollen gemäß der evidenzbasierter Leitlinien : ACC/AHA (2002a), SIGN 32 (1998), Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (die Empfehlungen in Deutschland entsprechen grundsätzlich dem Vorgehen der amerikanischen Leitlinie ACC/AHA 2002) folgende Empfehlungen berücksichtigt werden:

A) Indikationen mit hohem Evidenzgrad (Evidenzgrad I):

1. Koronare Bypassoperationen (ACVB) für Patienten mit signifikanter linker Hauptstammstenose (Evidenzgrad A)
2. ACVB für Patienten mit Dreigefäßerkrankung. Die Überlebensrate ist größer bei Patienten mit verminderter linksventrikulärer Funktion (ejection fraction < 50%) (Evidenzgrad A)
3. ACVB für Patienten mit Zweigefäßerkrankung mit einer signifikanten, proximalen RIA-Stenose und entweder verminderter linksventrikulärer Funktion (ejection fraction < 50%) oder nachweisbarer Ischämie bei nicht invasiver Untersuchung (Evidenzgrad A)
4. PCI für Patienten mit Zwei- oder Dreigefäßerkrankung mit einer signifikanten proximalen RIA-Stenose und einem Situs, der für eine kathetergestützte Therapie geeignet ist und mit normaler linksventrikulärer Funktion und ohne behandeltem Diabetes mellitus (Evidenzgrad B)
5. PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweigefäßerkrankung ohne signifikanter proximalen RIA-Stenose, aber mit einem großen Areal vitales Myokardium und Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung (Evidenzgrad B)
6. ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweigefäßerkrankung ohne signifikanter proximalen RIA-Stenose, die einen plötzlichen Herzstillstand oder anhaltende ventrikuläre Tachykardie überlebt haben (Evidenzgrad C)
7. PCI oder ACVB für Patienten mit vorausgegangenen PTCA und Rezidivstenose zusammen mit einem großen Areal vitales Myokardium oder mit Hochrisikokriterien nach nichtinvasiver Untersuchung (Evidenzgrad C)
8. PCI oder ACVB bei Patienten nach erfolgloser medikamentöser Therapie, bei denen eine Revaskularisierung mit zumutbarem Risiko durchgeführt werden kann (Evidenzgrad B)

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

1. wiederholter ACVB (Aorto-Coronarer-Venen-Bypass) bei Patienten mit multiplen Bypass-Stenosen, insbesondere bei signifikanter Stenose eines Bypasses zum RIA. PCI kann angezeigt sein für isolierte Bypass-Stenosen oder multiple Stenosen bei Patienten mit Kontraindikation für wiederholte ACVB (Evidenzgrad C)
2. PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweigefäßerkrankungen ohne signifikanter proximalen RIA-Stenose, aber mit einem mittelgroßen Areal von vitalem Myokardium und nachweisbarer Ischämie bei der nichtinvasiven Untersuchung (Evidenzgrad B)

3. PCI oder ACVB für Patienten mit Eingefäßerkkrankung und signifikanter proximalen RIA-Stenose (Evidenzgrad B)

Keine Indikation zur interventionellen Therapie und Koronarrevaskularisation (Evidenzgrad III)

1. PCI oder ACVB bei Patienten mit Ein- oder Zweigefäßerkkrankungen ohne signifikante proximale RIA-Stenose, die entweder eine leichte, uncharakteristische Symptomatik haben oder die noch keinen ausreichenden medikamentösen Therapieversuch erhalten haben und die
 - a) nur ein kleines Areal vitales Myokardium haben, oder
 - b) keine nachweisbare Ischämie bei der nichtinvasiven Untersuchung haben(Evidenzgrad C)
2. PCI oder ACVB bei Patienten mit grenzwertiger Stenose (50 – 60 %, außer im linken Hauptstamm) und keine nachweisbare Ischämie bei der nichtinvasiven Untersuchung (Evidenzgrad C)
3. PCI oder ACVB bei Patienten mit insignifikanten Koronarstenosen (< 50 % Durchmesser) (Evidenzgrad C)
4. PCI bei Patienten mit signifikanter linker Hauptstammstenose bei denen ACVB indiziert ist (Evidenzgrad C)

Erläuterungen:

Einteilung der Empfehlungsklassen:

Klasse A – (Evidenzgrade Ia, Ib)

ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte Studie enthält

Klasse B – (Evidenzgrade IIa, IIb, III)

ist belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte klinische Studien

Klasse C – (Evidenzgrad IV)

ist belegt durch Berichte und Meinungen von Expertengruppen und / oder klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin.

Die Empfehlungen basieren auf folgenden internationalen und nationalen Leitlinien bzw. Studien:

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.

<http://www.acc.org/clinical/guidelines/unstable/unstable.pdf>

ACC/AHA (2002b): American College of Cardiology and American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Chronic Stable Angina <http://www.acc.org/clinical/guidelines/stable/stable.pdf>

“FRISC” (without author list): Invasive compared with non-invasive treatment in unstable coronary-artery disease: FRISC II prospective randomised multicentre study. FRagmin and Fast Revascularisation during InStability in Coronary artery disease Investigators. Lancet 354 (1999): 708-715.

Leitlinie Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) im Auftrag bearbeitet von der Kommission für Klinische Kardiologie, 12. Mai 2003.

SIGN 32: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Coronary Revascularisation in the management of stable angina pectoris. SIGN Guideline No. 32; 1998.

TACTICS-Thrombolysis in Myocardial Infarction 18 Investigators: Comparison of Early Invasive and Conservative Strategies in Patients with Unstable Coronary Syndromes Treated with the Glycoprotein IIb/IIIa Inhibitor Tirofiban. The New England Journal of medicine 344 (2001): 1879-1887.

- Anlage 5 -

Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer

Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer zum Vertrag Koronare Herzkrankheit gemäß § 140 a – d SGB V zwischen der BARMER, dem HGZ, stellvertretend für die Ärzte gemäß Anlage 12 des Vertrages zur integrierten kardiologischen Versorgung

Über die nach dem o. g. Vertrag vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele konnte sich der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung umfassend informieren.

Am Vertrag zur Integrierten Kardiologischen Versorgung zwischen der BARMER, dem HGZ, vertretend für alle am Vertrag teilnehmenden Ärzte und den dem Vertrag beigetretenen Kliniken bekundet der Unterzeichner, vorbehaltlich der Zustimmung durch die BARMER, seine Teilnahme. Der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung verpflichtet sich zur Einhaltung der für ihn gültigen Regelungen, insbesondere bezüglich der medizinischen Inhalte der Qualitätssicherung des Vertrages.

Weiterhin verpflichtet sich der Unterzeichner

- vor der Weitergabe von Patientendaten die Patienten ausreichend über die Vertragsinhalte sowie den gesetzlichen und vertraglichen Zweck der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten und zuvor die schriftliche Zustimmung zur Teilnahme vom Patienten erhalten zu haben
- die Patienten in den verschiedenen Phasen der Erkrankung über die individuellen Beratungs- und Unterstützungsangebote der BARMER zu informieren und ggf. zur Teilnahme an einem Disease - Management - Programm Koronare Herzkrankheit zu motivieren

Der Unterzeichner dieser Teilnahmeerklärung ist mit

- der Veröffentlichung des Namens und der Adresse in einem gesonderten Verzeichnis
- der Weitergabe des Verzeichnisses an alle am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte und Kliniken sowie an die teilnehmenden Versicherten

einverstanden.

Dem Unterzeichner ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. mit dem Entzug der gesetzlichen Zulassung nach dem SGB V endet.
2. Vertragsärzte/Kliniken bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen vom Vertrag ausgeschlossen werden.
3. die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend Anlage 1 bzw. Anlage 2 dieses Vertrages gegenüber der BARMER nachzuweisen sind.

Der Unterzeichner möchte

als koordinierender Hausarzt, gemäß § 2 Ziffer 1

als Facharzt für Innere Medizin, mit Zusatzbezeichnung Kardiologie, gemäß § 2 Ziffer 3

des Vertrages teilnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

- Anlage 6 T -

BARMER
Regionalgeschäftsstelle Hamburg
Sachgebiet 1
Hammerbrookstraße 92

20097 Hamburg

[Redacted]
Name, Vorname

[Redacted]
Adresse

[Redacted]
Mitgliedsnr.

Erklärung
zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung
von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit

Ersteinschreibung

Arztwechsel

Teilnahmeerklärung der Versicherten zum Vertrag Koronare Herzkrankheit gemäß § 140 a – d SGB V zwischen der BARMER, dem HGZ, GRW, ADW und MK Vertrages zur Integrierten Kardiologischen Versorgung

Hiermit erkläre ich, dass

mein behandelnder Arzt mir mitgeteilt hat, dass ich die Kriterien nach dem o. g. Vertrag erfülle, mein behandelnder Arzt mich umfassend über die Inhalte der Integrierten Versorgung, die Versorgungsziele sowie die Aufgabenaufteilung der Ärzte, Kliniken und anderen Fachleuten der Integrierte Versorgung zur Behandlung der Koronaren Herzkrankheit informiert hat, sämtliche Leistungen durch die Leistungserbringer erbracht werden, die an der Kooperation zur Integrierten Versorgung zwischen der BARMER, dem HGZ und den Vertragskliniken teilnehmen. Das Versorgungsmodell sieht die Behandlung und Versorgung der Koronaren Herzkrankheit ausschließlich durch die der Teilnahmeerklärung beigefügten Aufstellung von Leistungserbringern vor, sofern medizinische Gründe nicht dagegen sprechen, mir das Merkblatt ausgehändigt und ich über die Inhalte informiert wurde und mit der Behandlung durch die teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser einverstanden bin, ich über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Integrierten Versorgung informiert wurde und jederzeit die Teilnahme an der Integrierten Versorgung bei der BARMER kündigen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile in der Betreuung und Behandlung entstehen.

ich bei Inanspruchnahme der Leistungen im Rahmen des o. g. Vertrages zur Integrierten Versorgung Koronare Herzkrankheit einen Bonus auf Zuzahlungen nach dem Sozialgesetzbuch in Höhe von 50 % der durch die Teilnahme an dieser Integrierten Versorgung veranlassten Zuzahlungen, maximal 150 € je Kalenderjahr, erhalte. Zuzahlungen, die außerhalb im Rahmen der Integrierten Versorgung gewährten Leistungen anfallen, sind von dieser Bonusregelung ausgenommen. der Bonus in der Integrierten Versorgung wird nur auf Antrag gewährt. Dieser Antrag wird dem Versicherten durch den Leistungserbringer mit der Teilnahmeerklärung zusammen mit einem Informationsblatt ausgehändigt.

mir bekannt ist, welche Mitwirkung an der Genesung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.

Ja, ich möchte an der Integrierten Versorgung Koronare Herzkrankheit teilnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Mir ist bekannt, dass

zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch von der BARMER beauftragte Ärzte (z.B. MDK) eingesehen werden können,

Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung der Koronaren Herzkrankheit stehen, zwischen den einzelnen am Vertrag beteiligten Ärzten und Krankenhäuser unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden,

alle notwendigen Daten zum Zweck der Abrechnung durch die berufsständische Privatärztliche Verrechnungsstelle Schleswig-Holstein/ Hamburg an diese weitergegeben werden,

Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen pseudonymisiert von einer neutralen Stelle verarbeitet werden dürfen,

dass meine Adresse gegebenenfalls von der Krankenkasse an ein neutrale Stelle weitergeleitet wird, damit diese mich zu meiner persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit befragen kann. Dies ist nur erforderlich, wenn ich von der neutralen Stelle zu den zufällig ausgewählten Teilnehmern gehöre, die hierzu befragt werden sollen.

dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Mit Zugang des Widerrufs bei der BARMER ist damit der Austritt aus der Integrierten Versorgung verbunden.

dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung im Rahmen meiner Teilnahme an der Integrierten Versorgung Koronare Herzkrankheit einverstanden.

Datum, Ort

Unterschrift der/des Versicherten

- Anlage 6 Z -

Hinweis: Die Angaben Ihrer persönlichen Daten sind für die Prüfung Ihres Bonus-Antrages erforderlich. Nur vollständige Angaben ermöglichen eine Prüfung Ihrer Anfrage. Die Angaben Ihrer Telefonnummer und der Bankverbindung sind freiwillig.

Bonus

Antrag auf teilweise Erstattung der gesetzlichen Zuzahlungen im Rahmen der Integrierten Versorgung

Projekt von bis
Koronare Herzerkrankungen **01.11.2004**
BARMER, HGZ, GRW, ADW/ und MK

Leistungen des o. g. Projektes, für die ab dem 01.10.2004 Zuzahlungen zu entrichten sind:
(Die teilweise Erstattung erfolgt auf der Grundlage der geleisteten Zuzahlungen für diejenigen Leistungen, die von dem individuell vereinbarten Vertragsgegenstand des jeweiligen Projektes der Integrierten Versorgung erfaßt sind.)

- Nr. 1 ärztliche ambulante Behandlung (§ 28 SGB V)
- Nr. 2 Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)
- Nr. 3 amb. und stationäre Rehabilitation (§ 40 SGB V)

Name, Vorname

Anschrift

VNR Geburtsdatum

Telefonnummer

Für die Teilnahme am v. g. Projekt der Integrierten Versorgung erhalten Sie, vorbehaltlich neuer Satzungsregelungen, eine Erstattung der gesetzlichen Zuzahlungen in Höhe von 50 % (maximal 150 €). Bei Zuzahlungen nach § 39 (Krankenhausbehandlung) SGB V erfolgt eine Erstattung von maximal 100 € je Kalenderjahr. Bitte reichen Sie diese Bescheinigung in Ihrer BARMER - Geschäftsstelle zur Erstattung ein.

Ich bestätige, die auf der folgenden Seite genannten Zuzahlungen im Rahmen der Integrierten Versorgung geleistet zu haben und beantrage eine Erstattung in Höhe von € (maximal 150,00) auf das Konto

Kontoinhaber/in

Geldinstitut

Bankleitzahl Kontonummer

Datum / Unterschrift

- Anlage 7 - Versorgungsinhalte

Gemäß Anlage 5 Ziff. 1 RSAV

Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit (KHK)

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f 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 hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit gestellt werden:

1. Bei einem akuten Koronarsyndrom¹.
2. Wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90%) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit 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, die eine ebenfalls hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen.
3. Durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen unter 1.5.3.1).

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

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.

1.2.2 Akutes Koronarsyndrom

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

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,
4. Vermeidung unnötiger Koronarangiografien.

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.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

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

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

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

1.5.1.1 Ernährungsberatung

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

1.5.1.2 Raucherberatung

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

- Der Raucherstatus sollte bei jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.

- Raucher sollten in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es ist festzustellen, ob der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Für änderungsbereite Raucher sollte professionelle Beratungshilfe (z.B. verhaltenspsychologisch) zur Verfügung gestellt werden.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliche Aktivitäten

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

1.5.1.4 Psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

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

1.5.2 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie wird einvernehmlich zwischen den Haus- und Fachärzten sowie dem kooperierenden Krankenhaus abgestimmt.

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

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

1. Für die Behandlung der chronischen KHK, insbesondere nach akutem Myokardinfarkt, sind Betablocker hinsichtlich der in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele Mittel der ersten Wahl, auch bei relativen Kontraindikationen. Dieser Nutzen ist besonders bei Risikokollektiven wie Diabetes-mellitus-Patienten überdurchschnittlich hoch. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Bisoprolol, Metoprolol, Atenolol, Acebutolol, Propranolol.
2. Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK werden primär Betablocker – ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalzium-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-Antagonisten⁴ zu erwägen.

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

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 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 asymptotische 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 Koronarangiographie, interventionellen Therapie und operativen Koronarrevaskularisation sollen gemäß evidenzbasierten Leitlinien folgende Empfehlungen berücksichtigt werden.

1.5.3.1 Koronarangiografie

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

- *Patienten, die ein akutes Koronarsyndrom entwickelt haben⁴,*
- *Patienten mit stabiler Angina pectoris trotz medikamentöser Therapie (CCS Klasse III und IV)⁵,*
- *Patienten mit Hochrisikomeerkmalen bei der nicht-invasiven Vortestung, unabhängig von der Schwere der Angina pectoris⁶,*
- Patienten mit Angina, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben,
- Patienten mit Angina und Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz.

1.5.3.2 Interventionelle Therapie und Koronarrevaskularisation

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

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

⁵ Betrifft das Therapieziel: „Beschwerdefreiheit“.

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

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 (ACVB⁷) für Patienten mit signifikanter linker Hauptstammstenose,
- ACVB für Patienten mit Dreifäßerkrankung. Die Überlebensrate ist größer bei Patienten mit verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50%),
- ACVB für Patienten mit Zweifäßerkrankung mit einer signifikanten, proximalen Stenose des Ramus interventricularis anterior (RIA) und entweder verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50%) oder nachweisbarer Ischämie bei nicht-invasiver Untersuchung,
- Perkutane Koronarintervention (PCI) für Patienten mit Zwei- oder Dreifäßerkrankung mit einer signifikanten proximalen RIA-Stenose und einem Gefäßstatus, der für eine kathetergestützte Therapie geeignet ist, und die eine normale linksventrikuläre Funktion und keinen behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus aufweisen,
- PCI oder ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankung ohne signifikante proximale RIA-Stenose, aber mit einem großen Areal an vitalem Myokard und Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung,
- ACVB für Patienten mit Ein- oder Zweifäßerkrankung ohne signifikante proximale RIA-Stenose, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine anhaltende ventrikuläre Tachykardie überlebt haben,
- PCI oder ACVB für Patienten mit vorausgegangener PTCA und Rezidivstenose, zusammen mit einem großen Areal an vitalem Myokard oder mit Hochrisikokriterien nach nicht-invasiver Untersuchung,
- PCI oder ACVB bei Patienten nach erfolgloser medikamentöser Therapie, bei denen eine Revaskularisierung mit zumutbarem Risiko durchgeführt werden kann.

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

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

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

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

Dimensionen / Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

- Somatische Ebene: Überwachung, Risikostratifizierung, Therapieanpassung, Remobilisierung, Training, Sekundärprävention,
- Psychosoziale Ebene: Krankheitsbewältigung, Abbau von Angst und Depressivität.
- Edukative Ebene (insbesondere Beratung, Schulung): Vermittlung von krankheitsbezogenem Wissen und Fertigkeiten (u.a. Krankheitsverständnis, Modifikation des Lebensstils und der Risikofaktoren), Motivationsstärkung,
- Sozialmedizinische Ebene: berufliche Wiedereingliederung, Erhaltung der Selbständigkeit.

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

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

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

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

1.7.1 Hausärztliche Versorgung

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt im Rahmen seiner im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

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

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

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

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

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

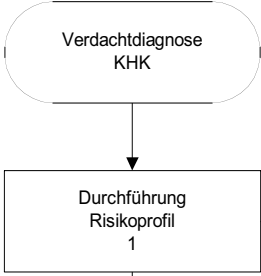
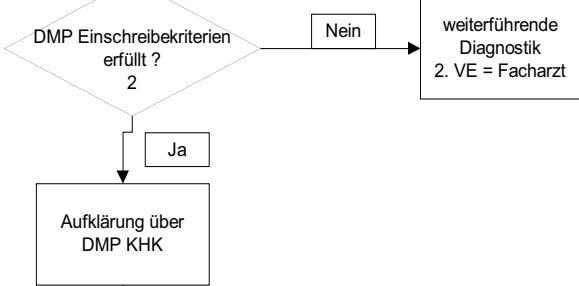
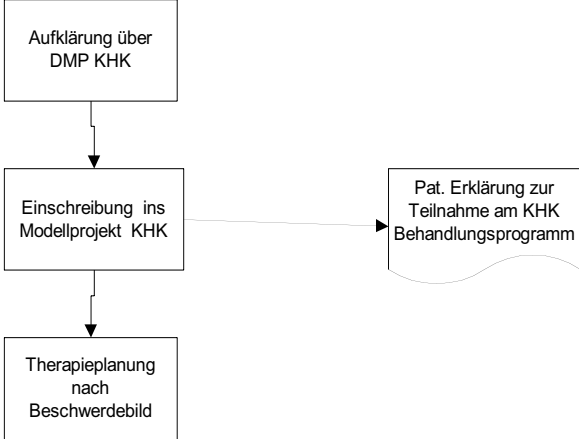
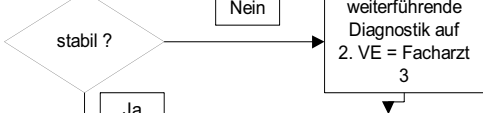
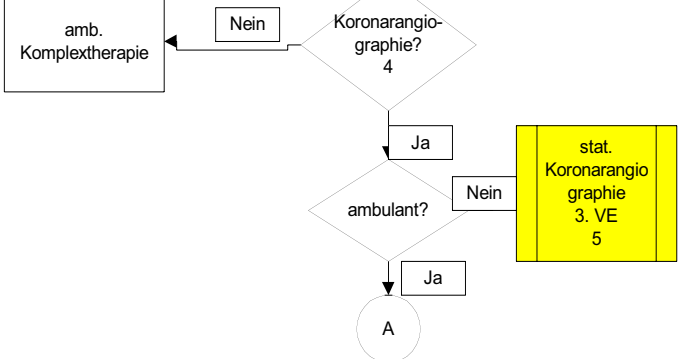
1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

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

- nach akutem Koronarsyndrom,
- nach koronarer Revaskularisation,
- bei Patienten mit stabiler Angina pectoris und dadurch bedingten limitierenden 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.

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.

Anlage 8 Clinical Pathways Prozesse bei Erstdiagnose KHK

Vorgehensweise	Dokumente und Aufzeichnungen	Zuständigkeiten			Bemerkungen	
Soweit hier Modellprojekte genannt werden, gilt die gleichwohl für die integrierte Versorgung.		Lfd. Nr.	V	M	I	
	Dok.- u. Verlaufsbogen	1				siehe Anhang 1
	weiterführende Diagnostik 2. VE = Facharzt	2				siehe Anhang 2, sowie Dok.- und Verlaufsbogen
	Pat. Erklärung zur Teilnahme am KHK Behandlungsprogramm	3				Siehe Anhang 3
	weiterführende Diagnostik auf 2. VE = Facharzt 3	4				Siehe Anhang 4
	stat. Koronarangiographie 3. VE 5	5				Siehe Anhang 5

Prozesse bei Erstdiagnose KHK					
Vorgehensweise	Dokumente und Aufzeichnungen	Zuständigkeiten			Bemerkungen
		Lfd. Nr.	V	M	
<pre> graph TD A((A)) --> Ja[Ja] Ja --> K[Koronarangiographie/PTCA] K --> S([Schnittstelle 3. VE = Krankenhaus]) S --> E([Entlassung 3. VE (amb./stat.)]) E --> N1[1. amb. Nachsorge beim koord. Hausarzt] N1 <--> N2[ggf. Absprache mit 2. VE = Facharzt] N1 --> W([weitere amb. Nachsorge beim Hausarzt]) </pre>		6			Siehe Anhang 6

Prozesse bei Erstdiagnose KHK

Mitgeltende Unterlagen:

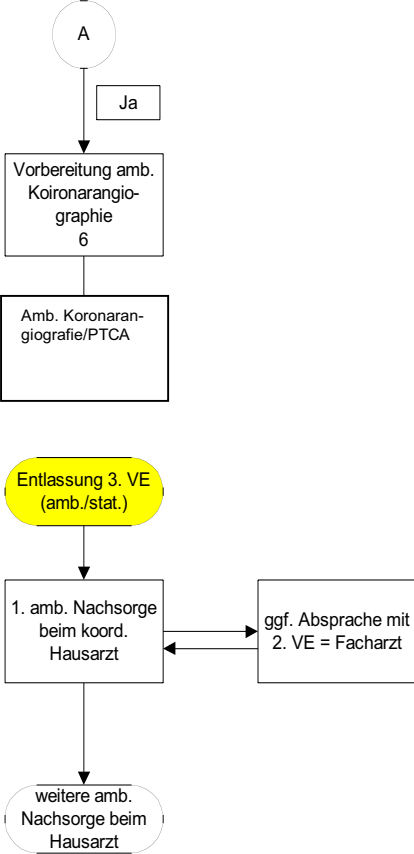
Risikostratifizierung (RR, Rauchen, Zielwerte (Diabetes, Hypertonie guide- lines)
DMP KHK

Ziele der Ablaufbeschreibung:

Optimale integrierte Versorgung eines Patienten mit KHK Erstdiagnose unter Beteiligung verschiedener Versorgungsebenen.

Prozesse bekannter Diagnose KHK					
Vorgehensweise	Dokumente und Aufzeichnungen	Zuständigkeiten			Bemerkungen
		Lfd. Nr.	V	M	
<pre> graph TD A([bekannte KHK]) --> B[Aufklärung über Modellprojekt KHK] B --> C[Einschreibung ins Modellprojekt KHK] C --- D[Pat. Erklärung zur Teilnahme am KHK Behandlungsprogramm] C --> E[Erstellung Risikoprofil 2] E --- F[Dok - Verlaufsbogen] E --> G[Therapieplanung nach Beschwerdebild] G --> H{stabil?} H -- Ja --> I[amb. Komplextherapie] H -- Nein --> J[weiterführende Diagnostik auf 2. VE = Facharzt 3] J --> K{Koronarangiographie?} K -- Nein --> I K -- Ja --> L{ambulant?} L -- Ja --> M((A)) L -- Nein --> N[stat. Koronarangiographie 3. VE 5] style N fill:#ffff00 </pre>					<p>siehe Anhang 1</p> <p>siehe Anhang 2, sowie Dok.- und Verlaufsbogen</p> <p>siehe Anhang 3</p> <p>Siehe Anhang 4</p> <p>Siehe Anhang 5</p>

Prozesse bei bekannter Diagnose KHK

Vorgehensweise	Dokumente und Aufzeichnungen	Zuständigkeiten				Bemerkungen
		Lfd. Nr.	V	M	I	
		6				Siehe Anhang 6

Prozesse bekannter Diagnose KHK

Mitgeltende Unterlagen:

Risikostratifizierung (RR, Rauchen, Zielwerte (Diabetes, Hypertonie guide- lines)
DMP KHK

Ziele der Ablaufbeschreibung:

Optimale integrierte Versorgung eines Patienten mit bekannter Diagnose KHK unter Beteiligung verschiedener Versorgungsebenen.

Anhang 1 zu Anlage 8:

entspricht den Einschlusskriterien gemäß § 7 Abs. (2)

Anhang 2 zu Anlage 8:

Risikoprofil:

Laborwerte:	Gesamtcholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, BZ
Blutdruck:	Zielwerte unter Berücksichtigung der Begleiterkrankungen
Rauchen:	Zielansprache und Angebote zum Nichtrauchertraining
Bewegung	Programm zur Verbesserung der kardialen Leistungsfähigkeit
Psychosoziale Risiken:	Sozial- und Berufsanamnese. Möglichkeiten der Psychotherapie

Dokumentation in einem persönlichen Risikobogen, der dem Patienten mitgegeben wird. Ev. Berechnung des PROCAM- Indexwertes zur Vergleichsdokumentation und Dokumentation eines kardiologischen Konsils mit Festlegung des Kontrollzeitraumes.

Anhang 3 zu Anlage 8:

Fachärztliche Mitbehandlung beim Kardiologen (neben den Hinweisen unter nach 1.7.2 der Anlage 7)

1. Patienten mit neu aufgetretenem akuten Koronarsyndrom als Notfall (ST-Hebungsinfarkt, Nicht ST-Hebungsinfarkt, instabile Angina pectoris)
2. Patienten mit hohem oder sehr hohem Risiko bei der Ermittlung der Risikofaktoren (Chol, Trigl, HDL, LDL, BZ, Raucher, Familienanamnese, Blutdruckverhalten. z.B. Procam- Score)
3. Patienten mit pathologischem Belastungs-EKG und o.g. Risikofaktoren

Anhang 4 zu Anlage 8:

entspricht den Hinweisen zur Indikationsstellung zur Koronarangiografie gemäß Anlage 4.

Anhang 5 zu Anlage 8:

Als fakultative Indikationskriterien für eine stationär durchzuführende Invasiv-Maßnahme des betreuenden Kardiologen entsprechend § 9 (2) gelten in der Regel:

1. Hämodynamisch bedeutsames Vitium
2. Hämodynamische Instabilität
3. Schwere linksventrikuläre Funktionsstörung (EF unter 25 %)
4. Niereninsuffizienz (Kreatinin über 2,0 mg/dl)
5. Schwere pulmonale Erkrankungen
6. Blutungsneigung
7. Kontrastmittelallergie
8. Stark reduzierter Allgemeinzustand (Multimorbidität)
9. Instabile Angina pectoris

Als Voraussetzung für ambulant-vertragsärztlich durchzuführende invasiv-kardiologische Maßnahmen gelten in jedem Fall die Qualitätsanforderungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie (§ 135, Abs. 2 SGB V vom 03.09.1999).

Bei invasiv tätigen Kardiologen des HGZ, welche nicht an einem Krankenhaus der Strukturqualität nach Anlage 3 tätig sind, muss eine Zweitmeinung bei einem Vertragspartner aus dem Bereich der Strukturqualität gem. Anlage 3 eingeholt werden.

Anhang 6 zu Anlage 8:

Vorbereitung einer ambulanten Koronarangiographie

Voruntersuchungen zur Indikation

1. Anamnese mit Risikofaktoren
2. Körperliche Untersuchung mit Begleiterkrankungen (Dokumentation)
3. Ruhe EKG 12-Kanal, Originalbefund
4. Kardiologische Konsiliaruntersuchung mit Echokardiographiebefund
5. Belastungs- EKG(möglichst 12-Kanal Originalbefund vom HA oder Kardiologen)

Zusätzliche Untersuchungen

1. Röntgen des Thorax in 2 Ebenen (nicht älter als 6 Monate)
2. Labor: nicht älter als 1 Woche - Calcium, Kalium, Natrium
 - Quick, PTT
 - TSH basal
 - Kreatinin
 - Kleines Blutbild
3. Metformin mindestens 2 Tage vorher absetzen

Anlage 9 - Leistungskomplexe

1. Ambulante Betreuung und Behandlung im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit

LNR	Leistungsumfang
KR 1	Betreuung des KHK-Patienten und Koordination der Behandlung über alle Versorgungsphasen hinweg ¹⁾ : <ul style="list-style-type: none">• Anamnese und Durchführung der notwendigen ärztlichen Untersuchungen, insbesondere zur Erstellung der DMP- Dokumentation• differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung• Beratung entsprechend des individuellen Risikos (inklusive Ernährungsberatung, Raucherberatung)• Überprüfung der Therapie auf die Notwendigkeit der Mit- oder Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Kooperationsregeln dieses Vertrages

- 1) der dargestellte Leistungskomplex im Rahmen der Betreuung des KHK-Patienten und der Koordination der Behandlung über alle Versorgungsphasen hinweg, schließt eine Abrechnung der nachfolgenden EBM-Ziffern über die Kassenärztliche Vereinigung aus:

2, 10, 11, 17, 25, 32, 60, 601 bis 616, 7234, 7235.

2. Ambulante Betreuung und Behandlung im Rahmen der fachärztlichen Tätigkeit

LNR	Leistungsumfang
KR 2	erweiterten Diagnostik, Risikostratifizierung und Beratung im Rahmen der Fachärztlichen Betreuung, sowie Indikationsstellung für eine interventionelle, bzw. kardiochirurgische Therapie ²⁾ : <ul style="list-style-type: none">• Durchführung der entsprechenden ärztlichen Untersuchungen, im Rahmen einer erweiterten Diagnostik.• Unterstützung der differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung• Überprüfung der Therapie auf die Notwendigkeit der Mit- oder Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Kooperationsregeln dieses Vertrages.• Beratung, entsprechend des individuellen Risikos, insbesondere über die Möglichkeiten, sowie den Nutzen und die Risiken interventioneller und kardiochirurgischer Therapie. Indikationsstellung für die Durchführung entsprechender Maßnahmen.• Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und zeitnahe Information des koordinierenden Arztes.

- 2) der dargestellte Leistungskomplex im Rahmen der erweiterten Diagnostik, Risikostratifizierung und Beratung im Rahmen der Fachärztlichen Betreuung, sowie der Indikationsstellung für eine interventionelle, bzw. kardiochirurgische Therapie, schließt eine Abrechnung der nachfolgenden EBM-Ziffern über die Kassenärztliche Vereinigung aus:

2, 17, 75, 78, 602 bis 618

3. Ambulante Linksherzkatheteruntersuchung durch teilnehmende Vertragsärzte

LNR	Leistungsumfang
KR 3	<ul style="list-style-type: none">Leistung analog EBM/ E-GO.: Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und / oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie, Vorbereitung und Nachbetreuung.

- 3) der dargestellte Leistungskomplex im Rahmen der erweiterten Diagnostik, Risikostratifizierung und Beratung im Rahmen der Fachärztlichen Betreuung, sowie der Indikationsstellung für eine interventionelle, bzw. kardiochirurgische Therapie, schließt eine Abrechnung der nachfolgenden EBM-Ziffern über die Kassenärztliche Vereinigung aus:

2, 75, 5120, 5125, 7250

3. Ambulante Linksherzkatheteruntersuchung einschließlich PTCA durch teilnehmende Vertragsärzte

LNR	Leistungsumfang
KR 4	<ul style="list-style-type: none">Leistung analog EBM/ E-GO. Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie einschließlich PTCA an einem Gefäß, sowie aller Begleitleistungen, ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und / oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie, Vorbereitung und Nachbetreuung.

- 4) der dargestellte Leistungskomplex im Rahmen der erweiterten Diagnostik, Risikostratifizierung und Beratung im Rahmen der Fachärztlichen Betreuung, sowie der Indikationsstellung für eine interventionelle, bzw. kardiochirurgische Therapie, schließt eine Abrechnung der nachfolgenden EBM-Ziffern über die Kassenärztliche Vereinigung aus:

2, 75, 5122, 5126, 7251

LNR	Leistungsumfang
KR 5	<ul style="list-style-type: none">Leistung analog EBM/ E-GO. Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie einschließlich PTCA an mehreren Gefäßen, sowie aller Begleitleistungen, ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und / oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie, Vorbereitung und Nachbetreuung.

- 5) der dargestellte Leistungskomplex im Rahmen der erweiterten Diagnostik, Risikostratifizierung und Beratung im Rahmen der Fachärztlichen Betreuung, sowie der Indikationsstellung für eine interventionelle, bzw. kardiochirurgische Therapie, schließt eine Abrechnung der nachfolgenden EBM-Ziffern über die Kassenärztliche Vereinigung aus:

2, 75, 5122, 5126, 7251, 7252

Erläuterung der aufgeführten EBM-Ziffern

ZIFFER	Zifferntext
1	Ordinationsgebühr, abhängig von M oder F und Fachgruppe
2	Konsultationsgebühr, je Arzt-Patienten-Kontakt
10	Therapeutisches hausärztliches Gespräch
11	Psychotherap. hausärztliches Gespräch, Diagnostik / Behandlung
17	Beratung und Erörterung, lebensverändernde, - bedrohende Krankheit
25	Besuch
32	Anschlußbesuch
60	Ganzkörperstatus
75	Arztbrief
78	Arztbrief, ausführlich
601	Ergometrische Funktionsprüfung
602	EKG, weniger als 12 Ableitungen
603	EKG, mindestens 12 Ableitungen
604	Belastungs-EKG
606	Langzeit-EKG, Aufzeichnung
612	Langzeit-Blutdruckmessung, automat. computergestützte Auswertung
614	Echokardiographie (EKG Belastung), zweidimensional
616	Echokardiographie mittels Real-Time, zweidimensional
618	Doppler-Echokardiographie, farbcodiert, zweidimensional
5120	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, einschl. aller Begleit-leistungen, ggf. einschließlich Gerinnungsuntersuchungen, Kontrastmitteleinbringungen, selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie Vorbereitung und Nachbetreuung, einmal im Behandlungsfall
5122	Zuschlag zu der Leistung nach Nr.5120 bei Durchführung einer interventionellen Massnahme (z.B. PTCA, Stent
5125	Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung gem.§135 Abs.2 SGB V zur Ausführung u.Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen nach diagnostischer Herzkatheteruntersuchung, entsprechend der Leistung nach Nr.5120, mehr als 4 Stunden, einmal im Behandlungsfall
5126	siehe Nr.5125, aber mehr als 12 Std. Betreuung
7234	Wegegeld, Kernbereich (tags)
7235	Wegegeld, Randbereich
7250	Sachkosten für die Durchführung der Leistung nach Nr.5120
7251	Sachkosten für die Durchführung einer PCTA nach der Nr. 5122 an einem Gefäß, ggf. einschl.Stent-Implantation
7252	Sachkosten für die Durchführung einer PCTA nach der Nr. 5122 an mehreren Gefäßen, ggf. einschl.Stent-Implantation, zusätzl. zur Sachkostenpauschale Nr.7251

- Anlage 10 - Vergütung

Die Vergütung für die lt. Anlage 9 Punkt 1 definierten Leistungen (**KR1**) beträgt pro Quartal: 62

Die Vergütung für die lt. Anlage 9 Punkt 2 definierten Leistungen (**KR2**) beträgt pro Quartal: 82

Die Vergütung für die lt. Anlage 9 Punkt 3 und Punkt 4 definierten Leistungen (**KR3**) beträgt 661

Die Vergütung für die lt. Anlage 9 Punkt 3 und Punkt 4 definierten Leistungen (**KR4**) beträgt 1677

Die Vergütung für die lt. Anlage 9 Punkt 3 und Punkt 4 definierten Leistungen (**KR5**) beträgt 2367

Die Vergütung für die lt. Anlage 9 Punkt 3 und Punkt 4 definierten Leistungen (**KR3**) ist im bestehenden Vertrag mit dem MK und ADW verbindlich geregelt und findet im Rahmen dieser Verträge Anwendung

Abrechnung von Drug Eluting Stents (DES)

Maßgeblich für die Indikationsgebiete zum Einsatz von DES sind die gesicherten Indikationsgebiete des „Positionspapiers zum Einsatz von Medikamenten freisetzenden Stents bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung des Jahres 2004 (Z.Kardiol 93:416-422) zu berücksichtigen.

Hierauf basierend ergeben sich folgende Indikationsgebiete zum Einsatz eines DES im Rahmen der interventionellen Kardiologie:

Patienten (mit oder ohne Diabetes mellitus) mit stabiler und instabiler Angina pectoris bzw. mit Ischämie-induzierenden de-novo-Koronarstenosen (<100% Diameterstenose, >TIMI 1 Fluss)

in Gefäßen mit einem Diameter von 2,5 bis 3,5 mm und einer Stenosenlänge von unter 15 bis 30 mm (Cypher™) bzw.

mit einem Diameter von 2,5 bis 3,75 mm und einer Stenosenlänge von 10 bis 28 mm (TAXUS™).

Die Abrechnung der DES erfolgt bis zum 30.11.2004 auf Basis der entstandenen Sachkosten, wobei nur die jeweils wirtschaftlichste Versorgung hierbei Berücksichtigung finden kann. In den Leistungskomplex KR4 sind kalkulatorisch Stentkosten in Höhe von 275,00 Euro enthalten. Diese sind bei der Abrechnung der DES in Abzug zu bringen. Der Abrechnung sind entsprechende zahlungsbegründende Unterlagen beizufügen.

Die Abrechnung der DES außerhalb der genannten Indikationen ist ausgeschlossen.

Zuschläge Interventionelle Kardiologie

für folgende invasiv-kardiologische Maßnahmen wird ein Zuschlag je Maßnahme bis zum 30.11.2004 vereinbart:

1. Stationersetzende Maßnahmen:
2. bei Maßnahmen mit deutlich erhöhtem technischen, personellen und zeitlichen Aufwand wie
 - Rekanalisation bei chronischem Koronarverschluß
 - komplexe, technisch schwierige Intervention bei komplexer Koronarmorphologie mit z.B. langstreckigen Stenosen und/ oder deutlich gewundenem Gefäßverlauf und/ oder Mehrfachstenting
 - Mehrgefäß-PTCA
 - Bifurkationsstenosen
 - Bypass-PTCA
 -
3. bei Patienten mit Durchführung einer interventionellen Maßnahme mit alternativ herzchirurgischer Indikation:
 - Hauptstammstenose bei Kontraindikation zu Bypass-Op/ deutlich erhöhtem OP-Risiko
 - erheblicher Co-Morbidität
 - Last-vessel-PTCA bei Kontraindikation für Bypass/ OP-Ablehnung
 - Intervention bei Patienten mit hohem Risiko, z.B. LAD-Stenose als Alternative zum Bypass
 - Mehrgefäß-PTCA und Stenting incl. DES-Stent alternativ zur Bypass-OP, auch unter Berücksichtigung neuer Studienergebnisse(z. B. ARTS-Studie)

Die BARMER behält sich vor, die ausgewählten Krankheitsbilder nach entsprechender Prüfung anzupassen. Dazu wird insbesondere ein Konsensus unter den Vertragspartnern hinsichtlich der Indikationsbereiche angestrebt.

- Anlage 10 - Patienteninformation

zum integrierten Behandlungskonzept

Ihre BARMER bietet ein spezielles Behandlungsprogramm für Versicherte, die einem kardiologischen und/oder kardiochirurgischen Versorgungsverbund beitreten. Unter dem Motto „Das Herz in einer Hand“ haben sich das Gesundheitsnetz Region Wedel (GRW), das Hamburger Gesundheitszentrum (HGZ) sowie das Marienkrankenhaus und die Krankenhäuser des Albertinen Diakoniewerks e.V. für eine optimierte kardiologische/ kardiochirurgische Behandlung zusammengeschlossen

Durch Ihre aktive Teilnahme an diesem Programm wird Ihre Behandlung optimiert. Sie werden umfassend informiert und ausführlich beraten. Des Weiteren haben Sie die Möglichkeit, am Bonusprogramm der BARMER teilzunehmen. Dadurch erstattet Ihnen die BARMER 50 % aller Zuzahlungen, die während der integrierten Versorgung anfallen, bis zu maximal 150 Euro pro Jahr. Deshalb sollten Sie dieses Behandlungsprogramm mit all seinen Vorteilen nutzen.

Die Erkrankungen am Herzen lösen meist große Verunsicherung aus. Wie geht es weiter, welche Behandlung ist die richtige, wo kann ich mich informieren? Diese Fragen wird sich dann jeder Patient unweigerlich stellen. Ein spezielles Behandlungskonzept, an dem Sie freiwillig teilnehmen können, soll Ihnen helfen, Ihre Fragen zu beantworten und Ihnen eine optimale Behandlung und Betreuung während des gesamten Behandlungsprozesses und in der Zeit danach zu sichern. Ein wichtiges Ziel dabei ist, Sie über Ihre Krankheit und Ihre Behandlung so gut zu informieren, dass Sie darin gestärkt werden, sich aktiv an den anstehenden Entscheidungen zu beteiligen.

Denn: Wer viel weiß, kann mitreden, und wer mitreden kann, fühlt sich sicherer.

Hier in Kürze die wichtigsten Informationen zum integrierten Versorgungskonzept:

Ziele

Ziel des integrierten Versorgungskonzeptes ist die Vernetzung einzelner Versorgungsbereiche: Ihr Hausarzt sowie der Kardiologe sind Ihre ersten Ansprechpartner in der vorstationären Behandlung. Hier wird der weitere Behandlungsverlauf anhand der gestellten Diagnosen erklärt und besprochen. Im Fall einer vollstationären Behandlung nimmt Ihr behandelnder Kardiologe des Gesundheitsnetzes Region Wedel Kontakt mit den ärztlichen Kollegen des Albertinen Krankenhauses auf und bespricht den weiteren Behandlungsverlauf abgestimmt auf Ihre individuelle Situation. Nach der stationären Behandlung entscheiden die Krankenhausärzte mit Ihnen über die Notwendigkeit einer anschließenden Rehabilitation, die dann entweder stationär oder auch ambulant am Wohnort erfolgen kann. Gegebenenfalls reicht auch eine ambulante häusliche Pflege nach Ihrem stationären Aufenthalt aus. Die ambulanten ärztlichen Nachuntersuchungen übernimmt dann wieder Ihr Hausarzt bzw. Kardiologe. Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieses Behandlungsprogramms. Sie werden durch intensive Beratung und umfassende Informationen in die Lage versetzt, gemeinsam mit dem Arzt Ihres Vertrauens individuelle Therapieziele festzulegen und aktiv an der Umsetzung mitzuwirken.

Die wesentlichen Therapieziele sind:

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Steigerung der Lebensqualität
- Modifikation und positive Beeinflussung des Lebensstils

- Anpassung der medikamentösen Therapie und Erstellung eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes
- Überprüfung des Behandlungsergebnisses

Medizinische Behandlung:

Im Rahmen dieses Behandlungsprogramms sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Darüber hinaus haben die BARMER und die Vertragspartner zusätzliche Gewährleistungsregelungen getroffen, was praktisch einer Operationsqualität mit Garantie entspricht. Ihr Arzt des Vertrauens übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Therapeuten und sorgt dafür, dass alle Spezialisten reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Teilnahme

Voraussetzung für Ihre Teilnahme an diesem Behandlungsprogramm ist,

- dass Sie bei der BARMER versichert sind,
- dass Ihre kardiologische Erkrankung durch die Ärzte des Gesundheitsnetzes Region Wedel bzw. durch Ärzte des Hamburger Gesundheitszentrums und in den Krankenhäusern des Albertinen Diakoniewerk e.V. sowie des Marienkrankenhauses behandelt wird,
- dass Sie grundsätzlich bereit sind, aktiv am Programm mitzuwirken,
- dass Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung erklären. Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem niedergelassenen Facharzt oder in den beteiligten Krankenhäusern.

Ihre Teilnahme an diesem Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenlos. Die Teilnahme am Programm kann jederzeit von Ihnen ohne Angabe von Gründen beendet werden, ohne dass Ihnen dabei persönliche Nachteile entstehen. Allerdings weisen wir darauf hin, dass dann die Rückerstattung Ihrer Zuzahlungen entfällt. Ihre Krankenkasse möchte, dass Sie wieder unbeschwerter am Alltagsleben teilnehmen können. Dabei hilft Ihnen dieses Behandlungsprogramm.

Ihre Rechte als Patient

Sie haben ein Recht auf sorgfältige und ausführliche Information und Beratung, sichere und qualifizierte Behandlung und angemessene Beteiligung. Zu Ihrem Recht auf Information zählt zum Beispiel, dass Ihr Arzt Sie aufklärt, über Nutzen und Risiken diagnostischer Maßnahmen und Chancen der Behandlung im Vergleich zum Krankheitsverlauf ohne Behandlung. Sie haben Anspruch auf qualifizierte Behandlung, Pflege und Versorgung. Sie haben jederzeit das Recht, eine zweite ärztliche Meinung zur Behandlungsplanung oder zum Verlauf einer Behandlung einzuholen. Zu diesem Zweck können Sie die Aushändigung aller bereits vorhandenen diagnostischen Befunde veranlassen. Auch Ihre BARMER ist bei diesen Fragen der richtige Ansprechpartner und hilft Ihnen gerne weiter.

Dokumentation und Datenschutz

Das Behandlungsprogramm hat das Ziel, die Behandlung und damit die Lebensqualität zu verbessern. Um dies zu erreichen, müssen die beteiligten Therapeuten schnell informiert werden. Die dafür notwendigen Daten über Ihren Behandlungsverlauf werden deshalb schnellstmöglich weitergeleitet, um eine effektive Behandlung jederzeit zu gewährleisten.

Für weitere Fragen und Informationen steht Ihnen als Ansprechpartnerin der BARMER

Frau Anke Thiel
Hammerbrookstr. 92
Tel.: 018 500 45 1375

zur Verfügung.

- Anlage 12 -
Am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer

Versorgungsstufe 1

Versorgungsstufe 2

Versorgungsstufe 3