

Praxismanual

Eine Arbeitshilfe für das
Disease-Management-Programm
Koronare Herzkrankheit (KHK)



Praxismanual

*Eine Arbeitshilfe
für das Disease-Management-Programm
Koronare Herzkrankheit*

Redaktioneller Teil



Willkommen im strukturierten Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Das generelle Ziel, das mit allen strukturierten Behandlungsprogrammen verfolgt wird, ist die Verbesserung der Koordination der Behandlungsabläufe und damit der Qualität der medizinischen Versorgung.

Mit diesem Praxismanual stellen wir Ihnen und Ihrem Team die wesentlichen Informationen zur Verfügung, die Sie zur Teilnahme am Behandlungsprogramm benötigen. Unter Berücksichtigung Ihrer knappen zeitlichen Ressourcen haben wir das Praxismanual zweiteilig gestaltet: Es besteht aus einem **redaktionellen Teil**, der praxisrelevante Informationen über die Vorteile, Inhalte und Abläufe des Programms enthält, und einem separaten **Anhang**, der alle detaillierteren Informationen sowie Originaldokumente des Programms zusammenfasst, so dass Sie die Möglichkeit haben, bei Bedarf auch diese Informationen nachzuschlagen. Hinweise auf Informationen in anderen Teilen des Praxismanuals werden mit folgendem Symbol gekennzeichnet: ►►

Folgende Inhalte sollen Ihnen vermittelt werden:

1. Im **ersten Abschnitt** erläutern wir Ihnen, welche **positiven Auswirkungen** die Teilnahme an einem solchen Programm auf **Ihre ärztliche Tätigkeit** und auf die **Versorgung Ihrer Patienten** haben wird. Außerdem stellen wir Ihnen dar, welche Unterstützung Ihnen die Krankenkassen für die Patientenversorgung anbieten und inwiefern Sie davon profitieren können.
2. Im **zweiten Abschnitt** wird der konkrete **Ablauf des Behandlungsprogramms** kurz und überschaubar dargestellt. Wir haben uns bemüht, Ihnen **nur die wichtigsten Informationen** im Text zu liefern, jedoch jeweils den konkreten Hinweis zu geben, wo **detailliertere Informationen im Anhang** zu dem jeweiligen Thema zu finden sind.
3. Im **dritten Abschnitt** finden Sie Ausführungen zur Frage der **Diagnostik für die Einschreibung** in das DMP KHK.
4. Im **Abschnitt vier** geben wir Ihnen wichtige und **praxisorientierte Hinweise zum Ausfüllen der Dokumentationsbögen**.
5. In den Abschnitten **fünf** und **sechs** finden Sie Zusammenfassungen zu **Grundlagen von Disease-Management-Programmen** und **evidenzbasierter Medizin**.
6. In den **Anhängen** finden Sie den genauen Wortlaut der **Verordnungstexte zum DMP Koronare Herzkrankheit**, aus dem die Versorgungsinhalte und die Dokumentationsanforderungen bzw. Datensätze hervorgehen, sowie die spezifischen **vertraglichen Regelungen in Ihrem KV-Bereich**. Außerdem enthält der Anhang Muster der erforderlichen **Unterlagen für die Einschreibung von Patienten**. Sie finden dort ferner ergänzende **Informationen** in Form von „häufig gestellten Fragen“ (FAQ) sowie zur **Durchführung von Patientenschulungen** nach akkreditierten Schulungsprogrammen. Ferner finden sich im Anhang **Literaturangaben und -hinweise** sowie ein **Stichwortverzeichnis**.

Ihre Anregungen und Kritik sind uns wichtig, betreten doch Krankenkassen und Ärzte gemeinsam Neuland in der Patientenversorgung. Bei Fragen, Anmerkungen, aber auch Änderungsvorschlägen finden Sie die Kontaktadressen im Anhang 7.

Inhaltsverzeichnis

Redaktioneller Teil

Willkommen im strukturierten Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit	1
1 Was ist das Disease-Management-Programm, und wie wirkt es sich auf Ihre ärztliche Tätigkeit aus?	5
1.1 Was bietet die Krankenkasse Ihnen an?	5
1.2 Auswirkungen auf Ihre Patienten	6
1.3 Auswirkungen auf Ihre ärztliche Tätigkeit.....	6
2 Wie läuft das Behandlungsprogramm für Patienten mit koronarer Herzkrankheit ab?	9
2.1 Wie werden Sie teilnehmender Arzt?	9
2.2 Wie werden Ihre Patienten in das Behandlungsprogramm aufgenommen?.....	11
2.3 Wer erhält welche Daten im Programm?	13
2.4 Wie erfolgt die Umschreibung eines Patienten bei einem Arztwechsel?	14
2.5 Wie erfolgt die Abrechnung im Behandlungsprogramm?	14
3 Diagnostik für die Einschreibung in das DMP KHK	15
3.1 Ein akutes Koronarsyndrom ist bekannt	15
3.2 Eine koronare Herzkrankheit wird vermutet.....	16
3.3 Ein positiver Katheterbefund liegt vor	21
4 Ausfüllanleitung zur Dokumentation	23
4.1 Wozu dient die Dokumentation?	23
4.2 Wer bekommt welche Daten?	23
4.3 Was passiert mit dem ausgefüllten Bogen?	24
4.4 Wie wird die Erstdokumentation ausgefüllt?	25
4.5 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Erstdokumentation).....	26
4.6 Wie wird die Folgedokumentation ausgefüllt?	36
4.7 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)	37
5 Grundlagen zum Disease-Management	41
5.1 Was bedeutet Disease-Management?	41
5.2 Welche Bestandteile haben Disease-Management-Programme?	42
5.3 Welche Erfahrungen liegen aus anderen Ländern vor, und wie sehen die Voraussetzungen in Deutschland aus?	44
5.4 Wo finde ich weiterführende Literatur?	45

6 Grundlagen zur Evidence-based-Medicine (EbM)	47
6.1 Was bedeutet evidenzbasierte Medizin?	47
6.2 Wie hat sich die Methode der evidenzbasierten Medizin entwickelt?	48
6.3 Welche Bedeutung hat die evidenzbasierte Medizin für die Praxis?	48
6.4 Welcher Zusammenhang besteht zwischen evidenzbasierter Medizin und Disease-Management-Programmen?	49

Anhang

Anhang 1: Versorgungsinhalte	53
---	----

Anhang 2: Langdatensatz	65
--------------------------------------	----

Anhang 3: Kurzdatensatz	71
--------------------------------------	----

Anhang 4: Unterlagen im Behandlungsprogramm	75
--	----

Teilnahmeerklärung Arzt	75
-------------------------------	----

Teilnahmeantrag für Krankenhäuser.....	77
--	----

Behandlungsübersicht	80
----------------------------	----

Merkblatt Patient	81
-------------------------	----

Datenschutzinformation Patient	83
--------------------------------------	----

Teilnahme-/Einwilligungserklärung Patient	84
---	----

Anhang 5: Häufig gestellte Fragen	85
--	----

Wie DMPs entstehen und funktionieren	85
--	----

Das DMP Koronare Herzkrankheit	89
--------------------------------------	----

Anhang 6: Hinweise zu strukturierten Schulungsprogrammen	93
---	----

Welche Möglichkeiten bieten sich für Ihre Praxis bezüglich der Patientenschulung im Behandlungsprogramm?	93
---	----

Was gibt es für Möglichkeiten, wenn Sie Schulungen nicht in der eigenen Praxis anbieten möchten?	94
---	----

Anhang 7: Literatur, Internet, Kontakte	95
--	----

Grundlagen zum Disease-Management (Kapitel 5)	95
---	----

Grundlagen zur evidenzbasierten Medizin (Kapitel 6)	97
---	----

Weitere Literaturhinweise und Internetadressen	98
--	----

Kontaktadressen	99
-----------------------	----

Fachärzte.....	100
----------------	-----

Krankenhäuser.....	101
--------------------	-----

Selbsthilfegruppen	102
--------------------------	-----

Kontakt-, Informations- und Beratungsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS)	102
---	-----

Literaturtipps für Ihre Patienten.....	104
--	-----

Stichwortverzeichnis	105
-----------------------------------	-----



1 Was ist das Disease-Management-Programm, und wie wirkt es sich auf Ihre ärztliche Tätigkeit aus?

1.1 Was bietet die Krankenkasse Ihnen an?

1. **Aufklärung Ihrer Patientinnen und Patienten¹** über die Existenz der Disease-Management-Programme mit dem Hinweis, sich an Sie als koordinierenden Vertragsarzt zu wenden, um bei Vorliegen der Einschreibekriterien in das DMP aufgenommen zu werden.
2. **Übersichtliche Darstellung** der wichtigsten **medizinischen Inhalte** des Programms als Behandlungsübersicht. Diese Versorgungsinhalte sollen die Grundlage Ihrer ärztlichen Therapie sein und, wenn medizinisch sinnvoll, durch Sie umgesetzt werden. Ob das möglich ist, entscheiden Sie aufgrund Ihrer medizinischen Erfahrung und vor dem Hintergrund des individuellen Krankheitsgeschehens Ihres Patienten. Die Behandlungsübersicht soll Ihnen auf einen Blick die wichtigsten medizinischen Inhalte unseres Programms darstellen und eine schnelle Orientierung, zum Beispiel zu den Schnittstellen, ermöglichen.
3. **Unterstützung der Patientenbindung an Ihre Praxis durch die Erinnerungsfunktion**, d. h. die Krankenkasse informiert Sie, welche Patienten aktiv einbestellt werden sollten, wenn diese nach dem vereinbarten Dokumentationszeitraum (regelmäßig einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal) nicht wieder vorstellig geworden sind bzw. kein neuer Dokumentationsbogen bei der vertraglich vereinbarten Stelle erfasst wurde.
4. **Spezifisches Patienteninformationsmaterial:** Ihre Patienten werden ausführlich über die Programminhalte sowie Rechte und Pflichten im Programm informiert.
5. Sie erhalten von einer neutralen Auswertungsstelle (Gemeinsame Einrichtung) **persönliche Praxis-Feedback-Berichte**, die Ihnen einen Überblick über die Versorgungslage Ihrer Praxis ermöglichen. Neben allgemeinen Informationen, wie zum Beispiel der Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Patienten, werden anhand einheitlicher Indikatoren Prozess- und Ergebnisparameter Ihrer Praxis im Vergleich zum Durchschnitt dargestellt. Die Darstellung der Werte über längere Zeiträume ermöglicht Ihnen eine Einschätzung der Entwicklung Ihrer Patienten hinsichtlich bestimmter Parameter. Basis der Berichte, die Ihnen halbjährlich zur Verfügung gestellt werden, bildet der von Ihnen ausgefüllte Dokumentationsbogen.

Die Krankenkasse erhält im DMP bis auf wenige Dokumentationsparameter anonymisierte Leistungserbringerdaten. Sie erhält keine Daten, die die Versorgungsqualität einzelner Praxen wiedergeben (vgl. Datenflussdiagramm Abb. 3, Kap. 2.3, S.13).

▶▶ Anhang 4, Behandlungsübersicht

▶▶ Anhang 4, Merkblatt Patient

▶▶ siehe DMP-Vertrag, Abschnitt IX

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text nur die männliche Form verwendet, dennoch sind gleichrangig beide Geschlechter gemeint.

1.2 Auswirkungen auf Ihre Patienten

1. Ihr Patient wird ermuntert, **aktiv** an der **Behandlung mitzuarbeiten** und übernimmt damit explizit **Mitverantwortung**.
2. Ihr Patient entscheidet sich für einen „**koordinierenden Vertragsarzt**“. Er hat jedoch jederzeit die Möglichkeit, den Arzt zu wechseln. Es ist allerdings notwendig, sich jeweils für einen Arzt zu entscheiden. Patienten, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen sich für nur einen koordinierenden Vertragsarzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen.
3. Ihr Patient wird nötigenfalls von der Krankenkasse nach Ablauf einer festgelegten Frist **an eine Wiedervorstellung** in der Praxis des koordinierenden Vertragsarztes erinnert.
4. Die **Teilnahme** am Programm **ist freiwillig** und kann **jederzeit gekündigt** werden.

1.3 Auswirkungen auf Ihre ärztliche Tätigkeit

1. **Extrabudgetäre Vergütung** der Dokumentationen und der Patientenschulung.
2. **Strukturierte Patientenbetreuung auf Grundlage des aktuell wissenschaftlich gesicherten medizinischen Wissens und klarer Versorgungsverantwortlichkeit.** Im Rahmen des DMP sind die Versorgungsinhalte und die Verantwortung des „koordinierenden Vertragsarztes“ – anders als bisher – vertraglich geklärt und Überweisungs- sowie Rücküberweisungsmodalitäten festgelegt. Als „koordinierender Vertragsarzt“ wird Ihre **Betreuungsfunktion** für die eingeschriebenen Patienten deutlich gestärkt.
3. **Behandlungsunterstützung** im Sinne einer Checkliste notwendiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen **durch den Dokumentationsbogen**.
4. **Explizite, aktive Mitarbeit Ihrer Patienten**, da diese sich durch ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung verpflichten, aktiv an der Behandlung teilzunehmen.
5. **Transparenz Ihres eigenen Behandlungsverhaltens und Ihrer Arbeitsergebnisse** durch regelmäßige Praxis-Feedback-Berichte, die nur Ihnen persönlich und nicht der Krankenkasse zur Verfügung stehen.
6. **Geringer zusätzlicher Dokumentationsaufwand**, da nur relevante Parameter erhoben werden, die auch bei der bisherigen „normalen“ Konsultation bei KHK-Patienten erhoben wurden. Der Unterschied besteht darin, dass diese Parameter jetzt strukturiert dokumentiert werden und damit auch jederzeit als Informationsspeicher zur Verfügung stehen. Sie können diese Dokumentationen z. B. auch als Begleitbrief bei Überweisungen oder Einweisungen benutzen.
7. **Keine Einschränkung Ihrer ärztlichen Therapiefreiheit**, da Sie jederzeit in begründeten Fällen von der vorgeschlagenen Behandlung abweichen können. Die Behandlungsübersicht versteht sich als Empfehlung. Dies ist auch in der Rechtsverordnung / dem DMP-Vertrag formuliert.
8. **Keine Überwachung durch die Krankenkassen** bzgl. der Behandlungsqualität, da die Kasse lediglich einen „Kurzdatensatz“, der durch die Rechtsverordnung festgelegt ist, erhält. Die Krankenkasse erhält keine Daten, die die Versorgungsqualität der einzelnen Praxis wiedergeben. Nur die für die Überprüfung der Einschreibekriterien notwendigen Daten werden

▶▶ Anhang 4,
Teilnahme-
erklärung

▶▶ Anhang 6,
Durchführung
von Patienten-
schulungen

▶▶ Kapitel 4,
Bearbeitungs-
hinweise zur
Dokumenta-
tion

▶▶ Anhang 1,
Punkt 1.4 und
DMP-Vertrag,
§ 9

der Kasse zur Verfügung gestellt. Getrennt davon erhält die Kasse anonymisierte Daten zum Versorgungsverlauf (siehe Datenflussdiagramm Abb. 3, Kap. 2.3, S.13).

Die **Teilnahme ist freiwillig**. Es besteht eine schriftliche **Kündigungsmöglichkeit** gegenüber Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KV MV) zum Ende des Quartals.

2 Wie läuft das Behandlungsprogramm für Patienten mit koronarer Herzkrankheit ab?

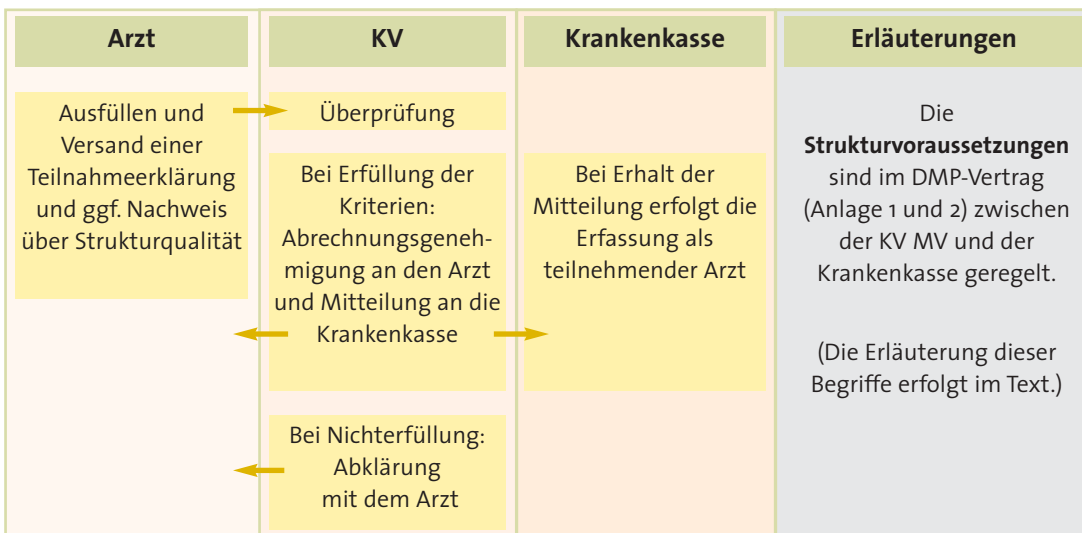
2.1 Wie werden Sie teilnehmender Arzt?

- Ihre **Teilnahmeerklärung** schicken Sie an Ihre Kassenärztliche Vereinigung (KV).
- Die KV MV prüft, ob Ihre Praxis die **strukturellen Voraussetzungen** für die Teilnahme erfüllt, z. B. qualitätskontrollierte Blutdruck-Messung, EKG und Teilnahme (einmal jährlich) an einer KHK-spezifischen Fortbildung.
- Nach der **formalen Prüfung** erhalten Sie und die Krankenkasse von der KV MV die Bestätigung, dass Sie an dem Programm teilnehmen können und die **Berechtigung zur Abrechnung** der erbrachten Vertragsleistungen vorliegt.

▶▶ Anhang 4, Teilnahmeerklärung

▶▶ siehe DMP-Vertrag

Abb. 1: Wie werden Struktur- und Fortbildungsvoraussetzungen überprüft?



Es gibt zwei Möglichkeiten als Arzt am DMP teilzunehmen: als „koordinierender Vertragsarzt“ (§ 3 DMP-Vertrag) und als „fachärztlich tätiger Internist (im qualifizierten Versorgungssektor)“ (§ 4 DMP-Vertrag). Die Strukturvoraussetzungen der teilnehmenden Vertragsärzte sind im DMP-Vertrag zwischen der KV MV und den Krankenkassen in den Anlagen 1 und 2 geregelt.

▶▶ siehe DMP-Vertrag

Ihre Aufgaben als koordinierender Vertragsarzt (§ 3 DMP-Vertrag):

Wenn Sie an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, oder als fachärztlich tätiger Internist eigene Patienten mit KHK behandeln, haben Sie die Möglichkeit, als koordinierender Vertragsarzt teilzunehmen. Damit gehören u. a. zu Ihren Aufgaben:

1. die Koordination der Behandlung der Patienten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, sowie die Information, Beratung und Einschreibung der Patienten,
2. die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen,
3. die Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
4. die Durchführung von Patientenschulungen, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV MV entsprechend nachgewiesen ist,
5. die Überweisung an andere Leistungserbringer, insbesondere unter Berücksichtigung der in der RSAV, Anlage 5, Ziffer 1.7 ff aufgeführten Kriterien,
6. die Einweisung in entsprechende Vertragskrankenhäuser (bei den in Anlage 5 der RSAV 1.7.3 aufgeführten Indikationen),
7. bei Koordination von Patienten, die an mehreren DMPs teilnehmen: Anstreben einer Synchronisation der Wiedervorstellungstermine und der Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen Dokumentationszeiträume, Vermeidung von doppelten Untersuchungen sowie Vermeidung von Wechselwirkungen der unterschiedlichen medikamentösen Therapien.

Als koordinierendem Vertragsarzt werden Ihnen die **Dokumentationen extrabudgetär vergütet**.

Ihre Aufgaben als fachärztlich tätiger Internist (§ 4 DMP-Vertrag):

Wenn Sie bestimmte fachliche Voraussetzungen erfüllen, können Sie als fachärztlich tätiger Internist teilnehmen. (Details der Zulassung klären Sie bitte mit der KV MV.) Damit gehören u. a. zu Ihren Aufgaben:

1. die Versorgung eingeschriebener Patienten auf der **zweiten Versorgungsebene** (auf Grund einer Überweisung des koordinierenden Vertragsarztes) unter Beachtung der Qualitätsziele einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
2. Rücküberweisung der Patienten an den koordinierenden Vertragsarzt und Weitergabe von Daten die der Vervollständigung des Dokumentationsbogens dienen,
3. Information des koordinierenden Vertragsarztes zu Über- und Einweisungen eingeschriebener Patienten entsprechend dem Programm,
4. Durchführung von Patientenschulungen, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV MV nachgewiesen ist,
5. die Einweisung in entsprechende Vertragskrankenhäuser bei den in den RSAV (Anlage 5, Ziffer 1.7.3) aufgeführten Indikationen.

Die Aufgaben als nicht koordinierender Vertragsarzt bestehen im Wesentlichen in der **Mitbehandlung** und ggf. der **Schulung** der zugewiesenen Patienten sowie der **Weiterleitung von behandlungsbezogenen Daten an den koordinierenden Vertragsarzt**.

Für weitere Details zum **Nachweis der Strukturqualität** Ihrer Praxis wenden Sie sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.

2.2 Wie werden Ihre Patienten in das Behandlungsprogramm aufgenommen?

1. Grundsätzlich ist die Teilnahme an dem Behandlungsprogramm für die Patienten freiwillig. Ihre Patienten werden auf verschiedenen Wegen auf das DMP **aufmerksam gemacht**: direkt über Sie als „koordinierenden Vertragsarzt“, über öffentliche Medien oder über die Krankenkassen.
2. Sie als koordinierender Vertragsarzt sollen geeignete Patienten für das Behandlungsprogramm grundsätzlich anhand folgender allgemeiner und spezieller Teilnahmevoraussetzungen auswählen:

Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen für Patienten mit KHK:

- schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt gemäß RSAV (Anlage 5 Ziffer 1.2)
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten und
- die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat

Spezielle Teilnahmevoraussetzungen für Patienten mit KHK:

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss zusätzlich (gemäß Anlage 5 Ziffer 3.2 RSAV) zu den allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sein:

- ein akutes Koronarsyndrom, auch in der Vorgeschichte, liegt vor;
- eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindesten 90 %) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit, die sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, das innerhalb der letzten drei Jahre durchgeführt worden ist, belegen lässt, liegt vor;
- 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 bei Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher, physikalisch nicht belastbare Patienten), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden;
- der direkte Nachweis für das Vorliegen einer KHK wurde mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellung nach Ziffer 1.5.3.1 RSAV Anlage 5) erbracht.

Die Einleitung von diagnostischen Verfahren nur zum Zwecke der Einschreibung soll nicht erfolgen!

▶▶ Kapitel 3,
Diagnostik für
die Einschreibung
in das
DMP KHK

▶▶ Anhang 1,
Versorgungsinhalte

▶▶ Kapitel 3,
Diagnostik für
die Einschreibung
in das
DMP KHK

▶▶ Kapitel 4,
Bearbeitungshinweise
zur
Dokumentation

- Ihr Patient** ▶ erhält eine **Patienteninformation**, in der Sinn und Zweck, die Inhalte und der Ablauf des DMP dargestellt sind;
- ▶ erhält eine **Datenschutzinformation**, in der detailliert der Datenfluss erläutert wird;

▶▶ Anhang 4

- ▶ unterschreibt die **Teilnahmeerklärung**, in der er u. a. bestätigt, dass er die Programm- und Versorgungsziele kennt und an ihrer Erreichung mitwirken wird;
- ▶ unterschreibt die **Einwilligungserklärung**, in der er u.a. die Nutzung seiner Daten autorisiert.

Beim ersten Kontakt wird zudem von Ihnen und Ihrem Praxispersonal die **Erstdokumentation** ausgefüllt und von Ihnen unterschrieben.

Checkliste: Notwendige Unterlagen für die Einschreibung eines Patienten

Dem Patienten müssen **vor Unterschrift** vorliegen:

- Patienteninformation Koronare Herzkrankheit
- Datenschutzinformation Koronare Herzkrankheit

Zusätzlich kann dem Patienten eine **Patientenbroschüre** ausgehändigt werden.

Der Patient muss **unterschrieben** haben*:

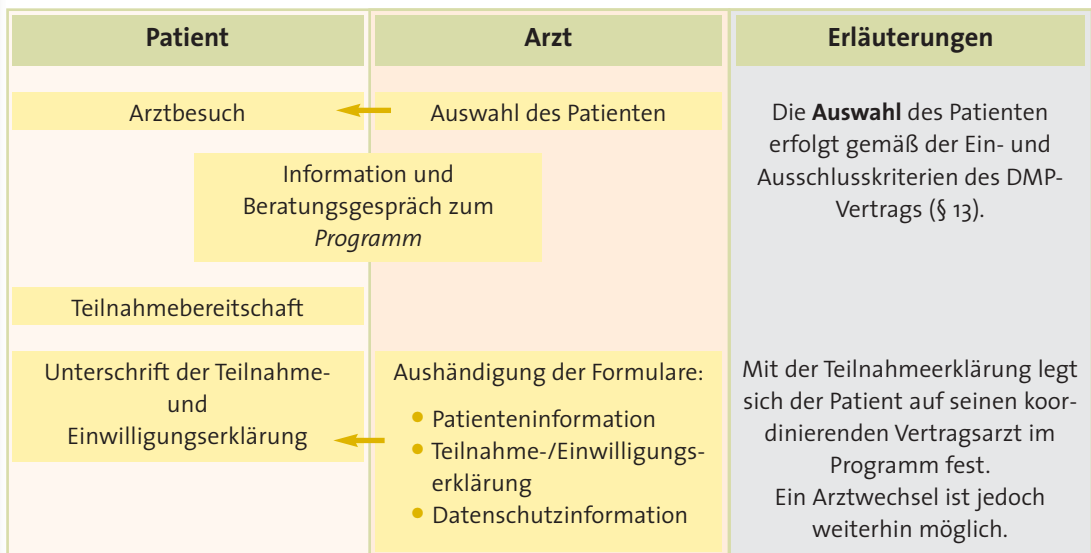
- Teilnahme-/Einwilligungserklärung

Für den Patienten müssen **Sie ausfüllen**:

- Datum, Unterschrift und Arztstempel auf dem untersten Teil der Teilnahme-/Einwilligungserklärung
- Erstdokumentation ebenfalls mit Datum, Unterschrift und Arztstempel

** Seit 01.03.2004 ist gesetzlich keine Unterschrift des Patienten auf dem Dokumentationsbogen erforderlich.*

Abb. 2: Wie erfolgt die Einschreibung eines Patienten in das Programm?

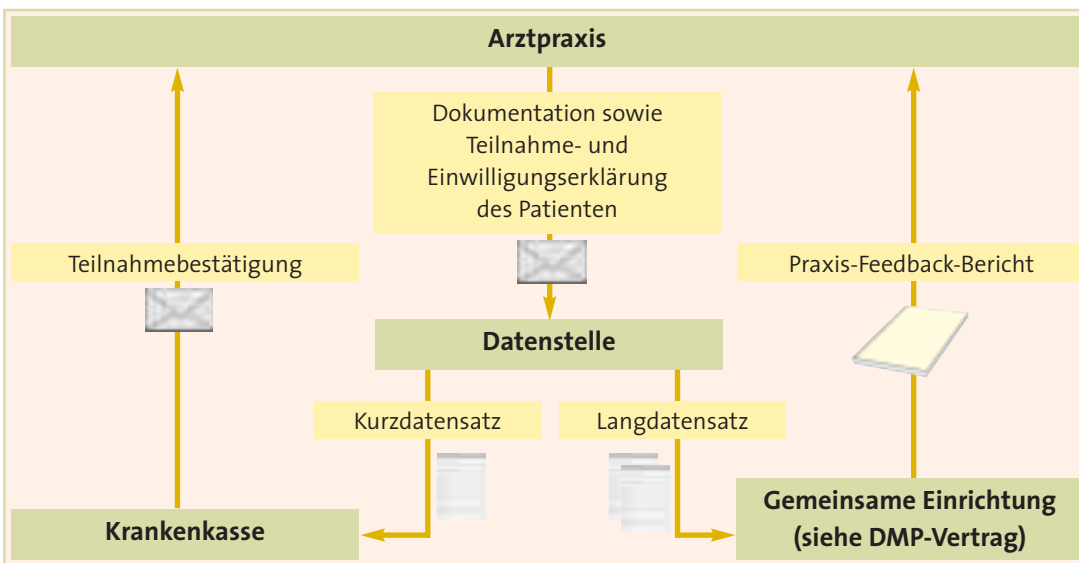


2.3 Wer erhält welche Daten im Programm?

Nachfolgend sehen Sie eine grafische Darstellung, die zeigt, wie der **Datenfluss im Behandlungsprogramm** erfolgt und welche Institutionen welche Daten erhalten. Zusammen mit der Einschreibung eines Patienten in das Programm erstellt der Arzt die Erstdokumentation. Alle weiteren Dokumentationen erfolgen in Form der Folgedokumentation.

Das Dokumentationsintervall (einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal) wird in Abhängigkeit vom Risikostatus des Patienten zwischen Arzt und Patient vereinbart (zu ersehen Anlage 16 des DMP-Vertrages).

Abb. 3: Wie erfolgt der Versand der Dokumentationsbögen?



Unterschreiben Sie selbst den Dokumentationsbogen. Außerdem willigt Ihr Patient durch seine Unterschrift auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung in die Übermittlung der Dokumentation an die **Datenstelle** ein. Die vollständig ausgefüllten und von Ihnen unterschriebenen Dokumentationsbögen versenden Sie bitte an die Datenstelle. Die Datenstelle ist mit Ihrer Genehmigung von der Krankenkasse und Ihrer KV MV beauftragt worden, entsprechend den gesetzlichen Vorgaben die **Trennung des Datensatzes in Lang- und Kurzdatensatz** vorzunehmen. Die Datenstelle nimmt Ihre Dokumentationen entgegen, erfasst und trennt die Daten.

Der **Langdatensatz** mit pseudonymisiertem Versichertenbezug wird an die Gemeinsame Einrichtung weitergeleitet. Dieser Datensatz wird zur Erstellung Ihres **persönlichen Praxis-Feedback-Berichtes** genutzt.

Den sog. **Kurzdatensatz** mit Versichertenbezug erhält **die jeweilige Krankenkasse**. Von diesen Daten wird nur ein Teil der **Erstdokumentation** (nämlich Zeile 1–12 der Anlage 6b RSAV) mit Versicherten- und Arztbezug weitergegeben. Der Rest (nämlich Zeile 13 ff der Anlage 6b RSAV) und die Folgedokumentationen werden nur mit Versichertenbezug, aber ohne Arztbezug an die Krankenkasse übermittelt.

Durch diese Aufspaltung der Daten wird erreicht, dass die Krankenkasse keine Daten erhält, durch die sie in der Lage wäre, die Behandlungsqualität des einzelnen Arztes zu prüfen. Die Krankenkasse überprüft anhand der **arztbezogenen Daten** lediglich fortlaufend die gesetzlich vorgeschriebenen **Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten**. Die **versichertenbezogenen Daten** werden von der Krankenkasse z. B. genutzt, um Versicherte an versäumte Termine zu erinnern oder auf die Notwendigkeit ihrer aktiven Teilnahme hinzuweisen.

▶▶ Anhang 2, Langdatensatz

▶▶ Anhang 3, Kurzdatensatz

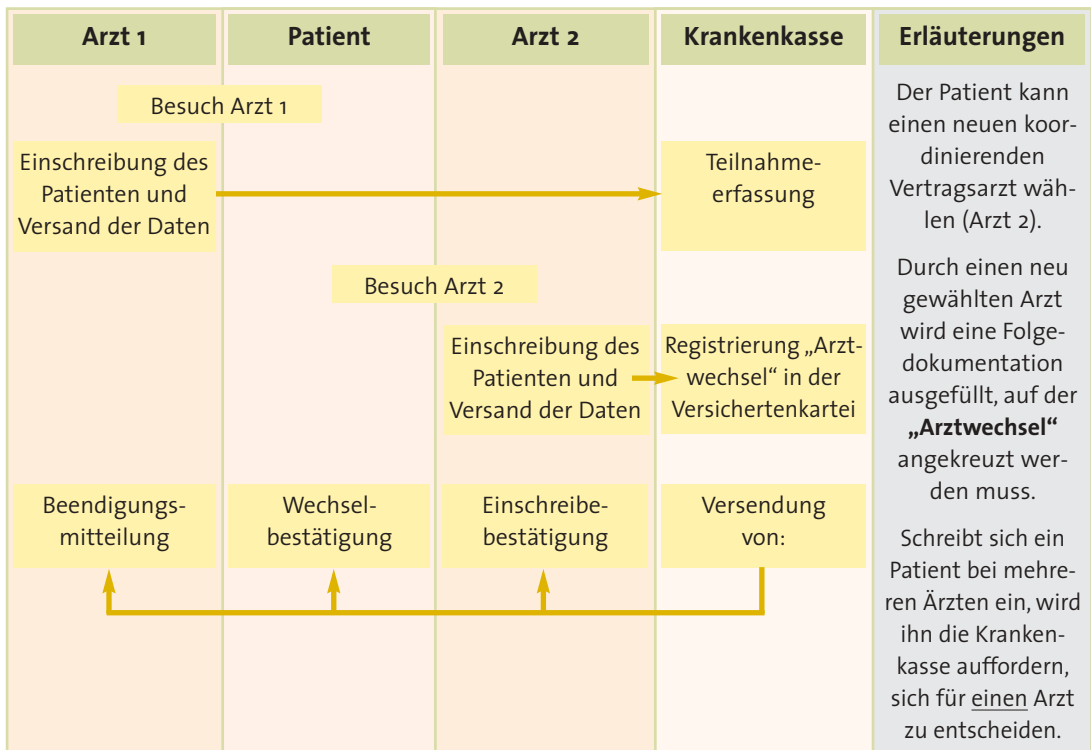
2.4 Wie erfolgt die Umschreibung eines Patienten bei einem Arztwechsel?

Der Patient kann seinen betreuenden Arzt wechseln, z. B. bei einem Umzug. Dazu ist es erforderlich, dass der neu gewählte Arzt einen **Folgedokumentationsbogen** ausfüllt und darauf das Kästchen „Arztwechsel“ ankreuzt. Auch der Patient muss auf einer neu zu unterschreibenden Teilnahme-/Einwilligungserklärung das Feld „Arztwechsel“ ankreuzen.

Nach Erhalt der Unterlagen über die Datenstelle wird die Krankenkasse den Patienten sowie die betroffenen Ärzte über den Wechsel informieren.

Hat sich ein Patient aus Versehen bei zwei Ärzten gleichzeitig eingeschrieben, wird die Krankenkasse den Patienten auffordern, sich für einen Arzt zu entscheiden. Nach der Entscheidung des Patienten werden die betroffenen Ärzte entsprechend benachrichtigt.

Abb. 4: Was ist bei einem Arztwechsel bezüglich Dokumentation und Versand zu beachten?



2.5 Wie erfolgt die Abrechnung im Behandlungsprogramm?

Für die **vollständigen und plausiblen Dokumentationen** erhalten Sie die **vertraglich vereinbarte Vergütung**. Sie können die Dokumentation nur für Patienten abrechnen, die Sie als **koordinierenden Vertragsarzt** gewählt haben. Ihrer KV MV teilen Sie bei der Quartalsabrechnung die im DMP-Vertrag vereinbarten Gebührenordnungsnummern je Patient mit. Die Vergütung erfolgt **einmal im Quartal** durch die KV MV entsprechend der bei der Datenstelle eingegangenen vollständigen und plausiblen Dokumentationen für eingeschriebene Patienten.

▶▶ Anhang 4, Teilnahme-/Einwilligungserklärung

3 Diagnostik für die Einschreibung in das DMP KHK

Eberhard Jennen

Wenn es immer so einfach wäre, die Diagnose „KHK“ korrekt zu stellen. Leider sieht das in der Praxis des Hausarztes oft anders aus. Da sind die Patienten, die schon vom Vorgänger der Praxis den Stempel KHK bekommen haben. Aber stimmt das überhaupt? Da sind die Patienten mit einer Infarkt Narbe im Echokardiogramm ohne irgendwelche Beschwerden. Da sind die Patienten mit Thoraxschmerzen, typischen und atypischen, unterschiedlichen Alters und Geschlechts, mit und ohne Risikoerkrankungen. Welcher hat nun eine KHK? Und das mit der geforderten mindestens 90%igen Sicherheit!

Drei Möglichkeiten hat der Hausarzt, um die Diagnose einer KHK für die Einschreibung zu stellen:

1. Ein akutes Koronarsyndrom ist bekannt.
2. Eine KHK wird vermutet; es wird versucht, die Diagnose mit 90%iger Sicherheit zu stellen.
3. Es liegt ein eindeutiger Herzkatheterbefund vor.

3.1 Ein akutes Koronarsyndrom ist bekannt

Der Hausarzt weiß, dass der Patient ein akutes Koronarsyndrom hatte. Dieses kann – und das ist die Regel – schon eine Weile zurückliegen. Der Krankenhausbericht, darin beschriebene Befunde wie Anstieg der Herzenzyme etc. und die nach einem ST-Hebungsinfarkt vorhandene Narbe im EKG können die Sicherheit der Diagnose begründen. Weniger zuverlässig und daher nicht akzeptabel ist die alleinige Auskunft des Patienten, er habe einmal einen Herzinfarkt gehabt, wenn darüber kein ärztlicher Bericht existiert. Vorsicht ist geboten bei der Narbendiagnostik im EKG. Schon mancher Linkslagetyp wurde als Hinterwandnarbe fehlgedeutet. Sicherheit erhält der Hausarzt nur durch die Befunde, die das akute Koronarsyndrom definieren, nämlich das EKG, der Anstieg der Herzenzyme wie Kreatinkinase und Troponin, verbunden mit der entsprechenden Symptomatik.

Vermutet der Hausarzt einen stummen Infarkt auf Grund einer Narbe im EKG, sollte er den Patienten zur Echokardiographie an einen dafür qualifizierten Facharzt überweisen. Wird die Narbe bestätigt, gibt es keine sinnvolle Differentialdiagnose zur KHK mit abgelaufenem Infarkt. Das abgelaufene Koronarsyndrom kann mit höchster Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden.

Patienten, die im Moment des Hausarztkontaktes ein Koronarsyndrom haben, sind Notfallpatienten und gehören sofort ins Krankenhaus. Insofern ist die Ruheangina als Zeichen der instabilen Angina in der Regel als Notfall zu betrachten. Nach einem akuten Koronarsyndrom ist die Einschreibung in das DMP sofort möglich.

Dieses Kapitel entstammt dem HausarztHandbuch DMP KHK, Hrsg.: Deutscher Hausärzteverband e.V., AOK-Bundesverband; erschienen bei MED.KOMM GmbH 2003.

Wir drucken den Beitrag mit freundlicher Genehmigung von Autor und Verlag.

3.2 Eine koronare Herzkrankheit wird vermutet

Der Hausarzt vermutet bei einem Patienten mit Thoraxschmerz eine KHK und versucht, die Diagnose KHK mit 90%iger Sicherheit zu stellen. Dies ist der bei weitem größte Anteil der KHK-Patienten der Hausarztpraxis.

Im ersten Schritt sollte sich der Hausarzt ein ungefähres Bild von der Wahrscheinlichkeit des Vorkommens einer KHK in der Altersgruppe des Patienten machen (► Tab. 3.1).

Tab. 3.1: Häufigkeit der KHK nach Alter und Geschlecht

Geschlecht	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–69 Jahre
Männer	1,9 %	5,5 %	9,7 %	12,3 %
Frauen	0,3 %	1,0 %	3,2 %	7,5 %

Anmerkung: In einer Reihenuntersuchung hängt die Prävalenz von Alter und Geschlecht ab (Tab. 3.1). Behandelt ein Hausarzt überwiegend ältere Patienten oder Diabetiker, ist die Prävalenz viel größer. Mit einer höheren Prävalenz erhalten auch diagnostische Testverfahren ungeachtet ihrer Sensitivität und Spezifität einen höheren prädiktiven Wert. Das patho-

logische Belastungs-EKG lässt also den Kardiologen, der ein selektiertes Patientengut behandelt, eine KHK treffsicherer diagnostizieren als den Hausarzt – trotz gleicher Untersuchungstechnik. Analog hat ein pathologisches Belastungs-EKG beim Sportmediziner eine verschwindend geringe diagnostische Aussagekraft.

Als Nächstes gilt es, den Schmerzcharakter des Patienten zu qualifizieren. Die richtige Frage-technik und Zeit zum Zuhören sind hierbei sehr wichtig. Der drückende, nicht eindeutig zu lokalisierende Schmerz mit Ausstrahlung, beklemmend („wie ein Ring um die Brust“) und Angst erzeugend, hat häufig charakteristische Auslöser wie körperliche oder psychische Belastung, kalter Wind, nach einer Mahlzeit oder nach einer Zigarette. Dies ist der typische Brustschmerz. Atypische Brustschmerzen sind z. B. brennend, Auslöser oft uncharakteristisch.

Nichtanginöse Brustschmerzen sind hingegen durch andere Erkrankungen erklärbar wie z. B. der retrosternale Schmerz nach dem Essen, der lagerungsabhängige Schmerz thorakal oder der linksthorakale Schmerz, den man durch Druck auf eine vom Patienten angegebene Stelle am Thorax reproduzieren kann.

In Verbindung mit den Merkmalen Alter und Geschlecht erhöht die Kenntnis des Schmerzcharakters die Aussagekraft über das Vorliegen einer KHK. Die Vortestwahrscheinlichkeit vor dem Belastungs-EKG ergibt sich aus dem Alter, dem Geschlecht und dem Schmerzcharakter. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen reicht der typische anginöse Thoraxschmerz bereits zur Diagnosestellung aus. Hier dient das zur Einschreibung notwendige Belastungs-EKG der Ermittlung der Angina-pectoris-Schwelle (► Tab. 3.2, siehe S. 17). Beim überwiegenden Teil der Patienten, nämlich den Frauen unter 60 und den Männern unter 50, ist die Diagnose durch alleinige Befragung nicht zu stellen.

Eine Besonderheit sind die Patienten mit Diabetes. Bei diesen ist an Hand von Alter, Geschlecht, Schmerzcharakter und dem Vorhandensein eines Diabetes die Diagnose KHK häufiger zu stellen (► Tab. 3.3, siehe S. 17).

Der nun folgende Schritt ist das Belastungs-EKG. Das Belastungs-EKG hat nicht nur eine diagnostische Aussagekraft im Hinblick auf die Sicherheit der Diagnose, sondern auch prognostische und therapeutische Bedeutung. Die therapeutische Bedeutung liegt in der Bestimmung der Angina-pectoris-Schwelle. Diese kann unter medikamentöser Therapie messbar ansteigen.

Tab. 3.2: Vortestwahrscheinlichkeit

Vortestwahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit in Abhängigkeit von Alter und Symptomatik bei *Frauen*

Alter (Jahre)	nicht anginöser Brustschmerz	atypische Angina pectoris*	typische Angina pectoris
30–39	0,8 %	4 %	26 %
40–49	3 %	13 %	55 %
50–59	8 %	32 %	79 %
60–69	19 %	54 %	91 %

Vortestwahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit in Abhängigkeit von Alter und Symptomatik bei *Männern*

Alter (Jahre)	nicht anginöser Brustschmerz	atypische Angina pectoris*	typische Angina pectoris
30–39	5 %	22 %	70 %
40–49	14 %	46 %	87 %
50–59	22 %	59 %	92 %
60–69	28 %	67 %	94 %

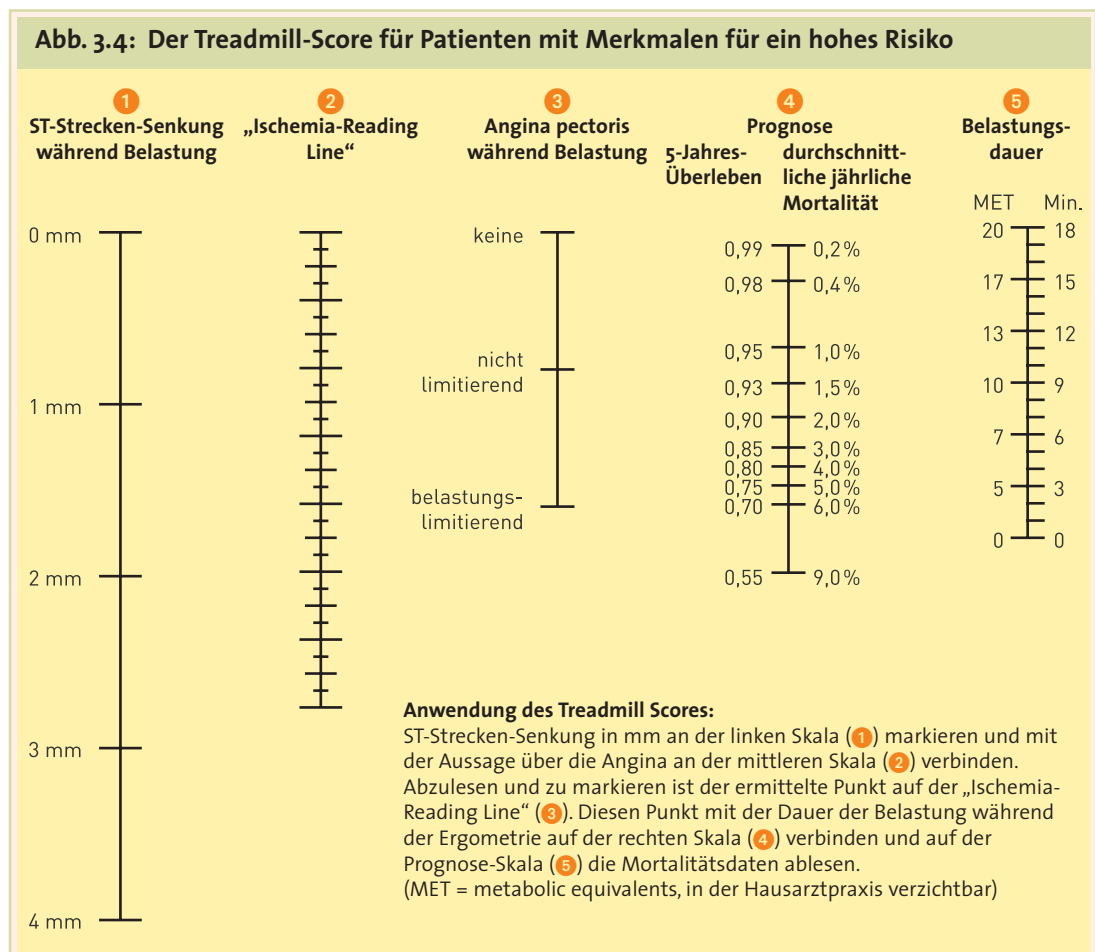
* Nicht für koronare Herzerkrankung typischer Brustschmerz

Tab. 3.3: Assoziation von KHK und Diabetes

Klinik	Männer, 60–69 Jahre alt		Frauen, 60–69 Jahre alt	
	mit Diabetes	ohne Diabetes	mit Diabetes	ohne Diabetes
keine Symptome	21 %	12 %	15 %	8 %
nichtanginöser Brustschmerz	44 %	28 %	32 %	19 %
atypische Angina pectoris*	80 %	67 %	70 %	54 %
typische Angina pectoris	97 %	94 %	95 %	91 %

* Nicht für koronare Herzerkrankung typischer Brustschmerz

Die Prognose eines KHK-Patienten lässt sich durch das Auftreten von Angina pectoris während der Belastung und durch die Tiefe der ST-Strecken-Senkung abschätzen. Dazu dient der „Treadmill-Score“ (▶ Abb. 3.4, siehe S. 18) für Patienten mit Hochrisikomerkmale (hier: tiefe ST-Senkung und Angina pectoris).



Korrekte Durchführung der Ergometrie

Leider sieht die Praxis häufig so aus, dass Patienten nicht ausbelastet werden, antianginös wirksame Substanzen nicht berücksichtigt wurden, hingegen bei Hypertonie Antihypertensiva am Tag der Belastung fälschlicherweise nicht gegeben wurden. Es sollte

- die individuelle Sollleistung an Hand von Alter und Körpergröße ermittelt werden;
- die submaximale Zielfrequenz festgelegt werden (200 minus Lebensalter);
- die Belastungsstufe alle zwei Minuten um 25 W (bis maximal 50 W) gesteigert werden;
- die Sollleistung nach 8–10 Minuten erreicht werden;
- jede Minute Blutdruck und EKG dokumentiert werden;
- ein EKG-Monitoring fortlaufend möglich sein;
- das EKG in 12 Ableitungen geschrieben werden;
- eine anschließende Erholungsphase von sechs Minuten ebenso mit minütlichem EKG und Blutdruckwerten dokumentiert werden;
- die Einnahme von antianginös wirksamen Substanzen berücksichtigt werden.

Die Aussage einer Ergometrie wird verringert, wenn der Patient seine Sollleistung und seine Zielfrequenz nicht erreicht. Patienten, die ihre Zielfrequenz nicht erreicht haben und noch weiter treten könnten, müssen unbedingt weiter bis zum Erreichen der Zielfrequenz belastet werden.

Zur Veranschaulichung sollen zwei Beispiele dienen:

Beispiel 1:

Patient A ist ein 55-jähriger Mann mit atypischem Thoraxschmerz, Nichtraucher, leerer Familienanamnese und hat seit acht Jahren eine arterielle Hypertonie. Er hat keinen Diabetes. Nach Tabelle 3.2 (siehe S. 17) hat der Patient eine Vortestwahrscheinlichkeit für KHK von 59 %.

Die Ergometrie führt der Hausarzt mit der Fragestellung durch, ob eine KHK vorliegt. Hierzu belässt er die Vormedikation mit einem Diuretikum und einem ACE-Hemmer, um eine Blutdruckeskalation während der Ergometrie, die zum vorzeitigen Abbruch der Untersuchung führen könnte, zu vermeiden. Nach Erreichen seiner Zielfrequenz von 145/min und einer Sollleistung von 125 Watt entsprechend seiner Körpergröße zeigen sich eine ST-Strecken-Senkung von 2,5 mm in den Ableitungen V4–6. Der Hausarzt diagnostiziert korrekterweise eine KHK (mit 95 % Wahrscheinlichkeit).

Beispiel 2:

Patient B ist ein 75-jähriger Diabetiker mit typischer Angina pectoris. Der Hausarzt möchte eine Ergometrie bei dem Patienten durchführen. Zur Diagnosestellung bräuchte er dies nicht, weil die Diagnose bereits mit 97 % Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann. Zur Einschreibung ist sie trotzdem notwendig, um die Angina-pectoris-Schwelle, die körperliche Leistung und den EKG-Verlauf unter Belastung als prognostischen Marker zu erfassen.

Der Hausarzt belässt also die Medikation mit einem Betablocker, ASS, und natürlich auch die Insulintherapie. Während der Ergometrie zeigen sich bei 75 Watt ST-Strecken-Senkungen verbunden mit Angina pectoris. Da der Patient aus seiner täglichen Gartenarbeit sehr viel Lebensfreude gewinnt, erscheint die Angina-pectoris-Schwelle von 75 Watt nicht akzeptabel für den Patienten. Der Hausarzt fügt ein retardiertes orales Nitrat hinzu und wiederholt das Belastungs-EKG nach einer Woche. Jetzt kann der Patient beschwerdefrei 100 Watt treten und muss dann wegen muskulärer Erschöpfung abbrechen.

Nachtestwahrscheinlichkeit

Die Berechnung der Nachtestwahrscheinlichkeit nach Ergometrie soll, wie es im Begründungstext der RSAV formuliert ist, nach den Daten von Diamond, GA et al. erfolgen. Diese häufig als zu alt kritisierten Zahlen (Tab. 3.5a und b, siehe S. 20) sind bis dato die besten verfügbaren.

Häufige Fehldeutungen

Der Hausarzt wird immer wieder Patienten begegnen, die im Mittelfeld der Nachtestwahrscheinlichkeit anzusiedeln sind, also z. B. ein 45-jähriger Mann mit atypischer Angina und 1,5 mm ST-Strecken-Senkung im Belastungs-EKG. Der Hausarzt kann den Patienten nicht in das DMP einschreiben. Aber er kann ihn behandeln! Er kann ihn so behandeln, wie er einen KHK-Patienten behandeln würde, wenn er denn überzeugt ist, dass es doch eine KHK ist.

Der vielfach gezogene Schluss, solche Patienten müssen nun alle einer Herzkatheteruntersuchung zugeführt werden, um eingeschlossen zu werden, ist falsch und grotesk. Tritt dieser Patient auf dem Ergometer bis zu seiner ST-Strecken-Senkung beispielsweise 150 Watt und ist ansonsten symptomfrei, profitiert er in keiner Weise von einer Herzkatheteruntersuchung mit PCI.

Tab. 3.5a: Nachttestwahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit bei Kombination von klinischen Daten und Befund im Belastungs-EKG bei Frauen (a) und Männern (b)

Nachttestwahrscheinlichkeiten für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit in Abhängigkeit von Alter, Symptomatik und Ergebnis des Belastungs-EKG bei *Frauen*

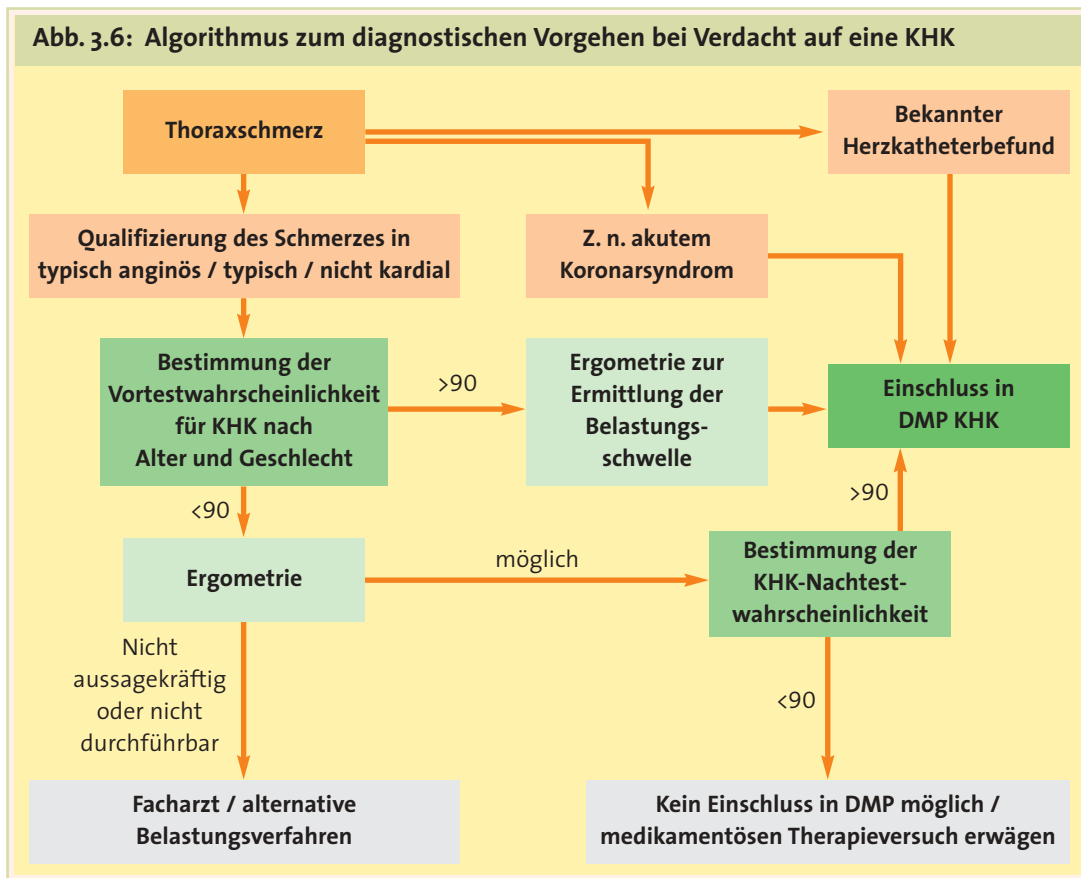
Alter (Jahre)	Nichtanginöser Brustschmerz						Atypische Angina pectoris						Typische Angina pectoris					
	ST-Streckensenkung in mm						ST-Streckensenkung in mm						ST-Streckensenkung in mm					
	0-0,4	0,5-0,9	1,0-1,4	1,5-1,9	2,0-2,4	≥2,5	0-0,4	0,5-0,9	1,0-1,4	1,5-1,9	2,0-2,4	≥2,5	0-0,4	0,5-0,9	1,0-1,4	1,5-1,9	2,0-2,4	≥2,5
30-39	0,2%	0,7%	1,7%	3%	8%	24%	1%	4%	9%	16%	33%	63%	7%	24%	42%	60%	79%	93%
40-49	0,7%	3%	6%	11%	24%	53%	3%	12%	25%	39%	63%	86%	22%	53%	72%	84%	93%	98%
50-59	2%	8%	16%	28%	50%	78%	10%	31%	50%	67%	84%	95%	47%	78%	89%	94%	98%	99%
≥60	5%	17%	33%	49%	72%	89%	21%	52%	72%	83%	93%	98%	69%	89%	95%	98%	99%	99,7%

Tab. 3.5b:

Nachttestwahrscheinlichkeiten für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit in Abhängigkeit von Alter, Symptomatik und Ergebnis des Belastungs-EKG bei *Männern*

Alter (Jahre)	Nichtanginöser Brustschmerz						Atypische Angina pectoris						Typische Angina pectoris					
	ST-Streckensenkung in mm						ST-Streckensenkung in mm						ST-Streckensenkung in mm					
	0-0,4	0,5-0,9	1,0-1,4	1,5-1,9	2,0-2,4	≥2,5	0-0,4	0,5-0,9	1,0-1,4	1,5-1,9	2,0-2,4	≥2,5	0-0,4	0,5-0,9	1,0-1,4	1,5-1,9	2,0-2,4	≥2,5
30-39	1,2%	5%	10%	19%	38%	68%	6%	21%	38%	55%	76%	92%	25%	68%	83%	91%	96%	99%
40-49	4%	13%	26%	41%	65%	87%	16%	44%	64%	78%	91%	97%	61%	86%	94%	97%	99%	99,6%
50-59	6%	20%	37%	53%	75%	91%	25%	57%	75%	86%	94%	98%	73%	91%	96%	98%	99%	99,8%
≥60	8%	27%	45%	62%	81%	94%	32%	65%	81%	89%	96%	99%	79%	94%	97%	99%	99,5%	99,8%

Die 90%-Marge ist als Sicherheit vor Falscheinschreibung gedacht, nicht zur Vorenthaltung einer Behandlung. Sie ist ein Zahlenwert, der gewählt wurde, um mit möglichst hoher Sicherheit die Falscheinschreibung auszuschließen. Der Hausarzt könnte den Patienten mit den Daten konfrontieren, ihm sagen, dass 64% der Patienten seiner Befundkonstellation eine KHK haben, ihm dann die Daten über die Therapie präsentieren und ihn fragen, ob er trotz der verbliebenen Unsicherheit einen medikamentösen Therapieversuch mit einem Betablocker akzeptiert. Der Rückgang der Angina pectoris könnte dann ein weiteres Argument für eine KHK sein.



Wenn keine Ergometrie möglich ist

Bei etwa 5 bis 10 % der Patienten ist eine Ergometrie nicht durchführbar (Kniegelenkprobleme, extremer Kleinwuchs etc.) oder hat keine verwertbaren Ergebnisse (z. B. bei Linksschenkelblock). Solche Patienten können mittels alternativer Belastungsuntersuchungen (z. B. Stress-Echokardiographie, Myokardszintigraphie) diagnostiziert werden. Hierzu ist in der Regel die Überweisung an einen dafür qualifizierten Facharzt notwendig.

3.3 Ein positiver Katheterbefund liegt vor

Ein Herzkatheterbefund liegt vor, der Gefäßstenosen zeigt. Es handelt sich dabei um Patienten, bei denen in der Vergangenheit aus irgendeinem Grund eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wurde und die vom Hausarzt weiterbehandelt werden. Diese können mit gesicherter Diagnose eingeschlossen werden.

Fazit

Neben dem stattgehabten Koronarsyndrom ist es im Wesentlichen der Umgang mit der Differentialdiagnose des Thoraxschmerzes, der die Diagnose einer „KHK“ erlaubt. Mag es auf den ersten Blick bürokratisch anmuten, den Schmerz mit Alter und Geschlecht in eine Wahrscheinlichkeitsziffer zu pressen, so ist es doch eine gute Hilfe für den Hausarzt, den Grad der Sicherheit der Diagnose in Zahlen auszudrücken. Für den Patienten transparenter lassen sich

Therapieversuche und Unsicherheiten besser begründen, der Patient kann in die Entscheidungen einbezogen werden. Die Herzkatheterdiagnostik als Motiv zur Einschreibung ist unsinnig und belastet den Patienten durch ein unvertretbares Risiko und auch den Hausarzt durch inadäquate Diagnostik.

Literatur zum Thema

1. Diamond GA, Forrester JS.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N Engl J Med 1979;300:1350–8.
2. ACC/AHA 2002 Guideline Update for Exercise Testing.
3. Arbeitsgruppe „Praktische evidenz-basierte Medizin“, St. Franziskus Hospital Köln: Entscheidungsgrundlage zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie für die KHK.
4. Evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen zur Diagnostik und Therapie bei Disease Management Programmen:
http://212.227.33.34/bundesverband/politik/dmp_grundlagen.html

4 Ausfüllanleitung zur Dokumentation im Disease-Management-Programm für Koronare Herzkrankheit (KHK)

4.1 Wozu dient die Dokumentation?

Der Dokumentations- und Zielvereinbarungsbogen stellt ein wichtiges operatives Kernelement des gesamten Disease-Management-Programms dar. Er erfüllt mehrere Funktionen:

- Erhebung der Ausgangsdaten
- Erhebung der Daten zur Sicherung der Einschreibediagnose
- Checkliste bezüglich der indikationsbezogenen Risikofaktoren, Kontrolluntersuchungen, medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen
- Basis und Medium für Zielvereinbarungen mit dem Patienten
- Standardisierter Informationsspeicher für Sie und den Patienten
- Basis der Feedbackberichte an Sie
- Basis für die wissenschaftliche Evaluierung des Programms

Auf Grund dieser vielfältigen Aufgaben ist es außerordentlich wichtig, den Bogen sorgfältig und **vollständig** auszufüllen.

Falls Sie den Bogen per Hand ausfüllen, achten Sie bitte darauf, dass das **Kreuz** genau in das entsprechende **Kästchen** gesetzt wird und auf den Durchschlägen gut sichtbar ist. Verwenden Sie am besten einen **Kugelschreiber** zum Ausfüllen der Kästchen. Händigen Sie bitte Ihrem Patienten die dafür vorgesehene Durchschrift des Bogens aus.

Falls Sie den Bogen direkt an Ihrem Praxiscomputer ausfüllen, denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrem Patienten jeweils einen Ausdruck des ausgefüllten Bogens auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei **vollständig ausgefüllten** Bögen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

4.2 Wer bekommt welche Daten?

Den vollständig ausgefüllten Dokumentationsbogen bzw. Datensatz bei computergestützter Erfassung senden Sie bitte an die vertraglich vereinbarte Datenstelle. Dort wird er in einen Kurz- und in einen Langdatensatz aufgeteilt und entsprechend den festgelegten Datenflüssen weitergeleitet (siehe Kapitel 2.3).

4.3 Was passiert mit dem ausgefüllten Bogen?

Nach der Fertigstellung der Bögen sind diese von Ihnen an den vorgesehenen Stellen zu **unterschreiben** und mit **Ihrem Arztstempel** zu versehen. Den Bogen schicken Sie dann bitte innerhalb von **10 Kalendertagen** nach Fertigstellung an die vertraglich vereinbarte Datenstelle.

Sollten die von Ihnen eingetragenen Angaben auf dem Bogen unvollständig oder unplausibel sein, wird der Bogen bzw. der Datensatz an Sie zur Korrektur zurück geschickt. Der vollständige und plausible Dokumentationsbogen bzw. Datensatz muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung der vertraglich vereinbarten Datenstelle innerhalb von weiteren 6 Wochen bzw. 42 Kalendertagen vorliegen.

Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die zuständige Datenstelle:

dmp-Datenstelle Mecklenburg-Vorpommern

Postfach 100344

96055 Bamberg

Hotline: 0951 - 7006060

Die vorliegenden Bearbeitungshilfen werden bei einer Änderung des Dokumentationsbogens zeitnah aktualisiert. In den Aktualisierungsprozess werden selbstverständlich auch Ihre Anregungen eingehen.

4.4 Wie wird die Erstdokumentation ausgefüllt?

Die Nummerierung auf dem Ihnen vorliegenden Musterdokumentationsbogen entspricht der nachfolgenden Nummerierung der Ausfüllanleitung. Dabei wird zunächst die Erstdokumentation dargestellt und anschließend auf Unterschiede bei der Folgedokumentation hingewiesen.

Versichertenkarte einlesen
▶ Seite 26

Durchschläge
Blatt 1: Original für die Datenannahmestelle (versenden)
Blatt 2: Für den Arzt
Blatt 3: Für den Versicherten
▶ Seite 26

Erst-Dokumentation koronare Herzkrankheit Blatt 1
Original für die Datenannahmestelle

1 DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (siehe auch auf Blatt 2 und 3)

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung 3 Geschlecht männlich weiblich
typisch: Grad I Grad II Grad III Grad IV atypisch nicht-anginoser Brustschmerz keine Schmerzsymptomatik

4 Angina pectoris

2 Diagnose gesichert durch (mindestens eine der vier Optionen muss erfüllt sein)
 akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte) invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)
 mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Belastungs-EKG) Belastungs-EKG (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung Wert in mm
 Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:
 nicht-invasives bildgebendes Verfahren Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich
 physikalisch nicht belastbar
 Kontraindikation liegt vor

Anamnese 8 Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen
Diagnose bekannt seit Jahre keine Hypertonus Herzinfarkt symptomatische Herzrhythmusstörungen 7 Raucher
 Herzinsuffizienz Diabetes mellitus Fettstoffwechselstörung sonstige ja nein

aktuelle Befunde
9 Körpergröße m
10 Körpergewicht kg
11 Blutdruck / mmHg
12 Cholesterin gesamt mg/dl oder mmol/l nicht untersucht
LDL-Cholesterin mg/dl oder mmol/l nicht untersucht

relevante Ereignisse
15 erfolgte koronartherapeutische Intervention keine perkutane Intervention Bypass-Operation
13 Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten Anzahl
14 nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten Anzahl

aktuelle Medikation
diagnosespezifische Medikation ja nein ACE-Hemmer ja nein
Betablocker ja nein Kontraindikation ja nein Kalzium-Antagonisten ja nein
Thrombozytenaggregationshemmer ja nein Kontraindikation ja nein HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) ja nein
Nitrate ja nein sonstige diagnosespezifische Medikation ja nein

Schulungen
Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung andere Schulungen ja nein
16 Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung
 INR-Schulung andere Schulungen ja nein keine

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele
17 Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ja nein 21 Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung (optionales Feld)
18 Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert halten senken 20 Dokumentationsintervall quartalsweise jedes zweite Quartal
19 KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein 22 Datum
Unterschrift des Arztes

DMP-Fallnummer
▶ Ziffer 1, Seite 26

Krankenhaus-IK****
▶ Seite 26

Arztstempel
▶ Seite 27

Einschreibung
▶ Ziffer 2-5, Seite 27-30

Anamnese
▶ Ziffer 6-8, Seite 31

aktuelle Befunde
▶ Ziffer 9-12, Seite 31-32

relevante Ereignisse
▶ Ziffer 13-15, Seite 32-33

aktuelle Medikation
▶ Seite 33

Schulungen
▶ Ziffer 16, Seite 33-34

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele
▶ Ziffer 17-22, Seite 34-35

4.5 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Erstdokumentation)

Alle Angaben in den folgenden Dokumentationsausschnitten sind als Beispiele zu verstehen.

Einlesen der Versichertenkarte

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Durchschläge

Erst-Dokumentation koronare Herzkrankheit

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

Bei papiergestützter Dokumentation geht Blatt 1 an die Datenannahmestelle. Eine Durchschrift verbleibt bei Ihnen und eine erhält der Patient.

Sollten Sie den Bogen an Ihrem Praxis-PC ausfüllen, erstellen Sie bitte für Ihren Patienten eine Kopie des Bogens.

1. DMP-Fallnummer

DMP-Fallnummer	1	2	3	4	5	6	7
----------------	---	---	---	---	---	---	---

Für jeden Patienten vergeben Sie als koordinierender Vertragsarzt genau eine **DMP-Fallnummer**, die aus **maximal sieben Ziffern** („0“ - „9“) bestehen darf. Die Fallnummer darf **jeweils nur für einen Patienten** verwendet werden.

Sie hat den Zweck, dass Sie eingehende Feedback-Berichte Ihren Patienten trotz Pseudonymisierung zuordnen können und muss daher auf den **Folgedokumentationen unbedingt weitergeführt** werden.

Sollten Sie Ihren Patienten bereits **Fallnummern in anderen DMPs** zugeordnet haben, können Sie diese Fallnummern übernehmen.

Krankenhaus – IK

Krankenhaus- IK

Dieses Feld ist kein Mussfeld, da in Mecklenburg-Vorpommern Krankenhäuser nicht einschreiben können.

Arztstempel

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

Der **Arztstempel** muss auf dem Original angebracht werden. Bitte setzen Sie den Stempel möglichst genau in das vorgegebene Feld.

Einschreibung

Die in der RSAV hinterlegten Kriterien zur Einschreibung (s.u.) dienen der Sicherstellung der berechtigten Einschreibung der Patienten mit einer Koronaren Herzerkrankung in ein Disease-Management-Programm.

Sie sollten aus den Ihnen vorliegenden medizinischen Befunden abgeleitet werden können.

Eine Einleitung einer Diagnostik etc. nur zur Ermöglichung einer Teilnahme der Patienten am DMP sollte daher nicht erfolgen.

Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit (KHK) können in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

1. bei einem akuten Koronarsyndrom, auch in der Vorgeschichte,
oder

2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, das nicht älter als drei Jahre sein darf, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90%) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt.

Nur bei Patienten, für die nach Feststellung des Arztes aus gesundheitlichen Gründen eine Kontraindikation für ein Belastungs-EKG vorliegt, oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher oder Patienten, die physikalisch nicht belastbar sind) können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden.

3. nach direktem Nachweis mittels Koronarangiografie.

2. Diagnose gesichert durch

Hier ist anzugeben, wie die Diagnose der KHK gesichert wurde. Bitte machen Sie hier mindestens eine Angabe.

Zur Diagnosesicherung können folgende Angaben gemacht werden:

a) Akutes Koronarsyndrom, auch in der Vorgeschichte

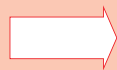
akutes Koronarsyndrom (auch in der Vorgeschichte)

Diese Diagnose wird an Hand des Ruhe-EKGs, der Schmerzsymptomatik und der Markerproteine („Herzenzyme“) gestellt.

Die Befunde können aus der Patientenakte oder einem Krankenhausbericht entnommen werden.

b) Mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK

mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Belastungs-EKG)



Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert der ST-Streckensenkung an.

Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm

Eine 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK kann in folgenden Fällen angenommen werden:

Bei Männern mit typischen Angina-pectoris-Beschwerden Grad I - IV

Alter	ST-Streckensenkung
≥ 50	≥ 0,5 mm
≥ 40	≥ 1,0 mm
≥ 30	≥ 1,5 mm

Bei Männern mit atypischen Angina-pectoris-Beschwerden

Alter	ST-Streckensenkung
≥ 40	≥ 2,0 mm
≥ 30	≥ 2,5 mm

Bei Männern mit nicht anginösem Brustschmerz

Alter	ST-Streckensenkung
≥ 50	≥ 2,5 mm

Bei Frauen mit typischen Angina-pectoris-Beschwerden Grad I - IV

Alter	ST-Streckensenkung
≥ 60	≥ 1,0 mm
≥ 50	≥ 1,5 mm
≥ 40	≥ 2,0 mm
≥ 30	≥ 2,5 mm

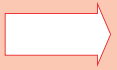
Bei Frauen mit atypischen Angina-pectoris-Beschwerden

Alter	ST-Streckensenkung
≥ 60	≥ 2,0 mm
≥ 50	≥ 2,5 mm

Bei Frauen ohne anginösen Brustschmerz kann keine Einschreibung über eine 90%ige Wahrscheinlichkeit erfolgen.

c) Nicht-invasive bildgebende Verfahren

nicht-invasives bildgebendes Verfahren



Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an, weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.

Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich

physikalisch nicht belastbar

Kontraindikation liegt vor

Grundsätzlich können andere nicht-invasive Untersuchungen (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) zur Diagnosesicherung und Einschreibung in ein DMP KHK bei den Patienten angewendet werden, für die eine Kontraindikation für ein Belastungs-EKG vorliegt

oder bei denen ein auswertbares Ergebnis des Belastungs-EKGs nicht erreichbar ist (insbesondere Patienten mit Linksschenkelblock, Herzschrittmacher, Patienten, die physikalisch nicht belastbar sind).

Wenn Sie Ihren Patienten ausschließlich über diese Angabe einschreiben wollen, müssen Sie zwingend unter Punkt 5 die Gründe angeben, warum bei Ihrem Patienten kein Belastungs-EKG durchgeführt werden konnte.

d) Invasives bildgebendes Verfahren

Invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)

Sollten Sie die Diagnose mittels einer Koronarangiografie gesichert haben, machen Sie bitte hier eine Angabe.

3. Geschlecht

Geschlecht männlich weiblich

Bitte machen Sie eine Angabe.

4. Angina pectoris

Angina pectoris typisch: Grad I Grad II Grad III Grad IV

atypisch nicht-anginöser Brustschmerz keine Schmerzsymptomatik

Falls Ihr Patient typische Angina-pectoris-Beschwerden hat, kreuzen Sie bitte den Grad der Ausprägung (Grad I - IV) an.

Bitte kreuzen Sie hier die Art und ggf. die Ausprägung der Angina-pectoris-Beschwerden an. Es ist nur eine Angabe möglich.

Grad	
I	Keine Angina bei normaler körperlicher Belastung, Angina bei schwerer körperlicher Anstrengung
II	Geringe Beeinträchtigung der normalen körperlichen Aktivität durch Angina pectoris
III	Erhebliche Beeinträchtigung der normalen körperlichen Aktivität durch Angina pectoris
IV	Angina bei geringster körperlicher Belastung oder Ruheschmerzen

Klassifikation nach CCS (Canadian Cardiovascular Society)

Hat Ihr Patient eine „atypische“ Angina pectoris, kreuzen Sie bitte diese an. Sollte es sich um einen nicht angiösen Brustschmerz handeln, kreuzen Sie bitte diesen an. Bitte kreuzen Sie auch an, wenn Ihr Patient keine Schmerzsymptomatik aufweist.

Eine Differenzierung dieser drei Schmerzformen können Sie der nachstehenden Tabelle entnehmen.

	typische Angina pectoris	atypische Angina pectoris	nicht anginöser Brustschmerz
Lokalisation	Linksthorakale bzw. retrosternale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm	lokalisiert z.B. Magen oder Pleura	z.B. am Bewegungsapparat (z.B. HWS, interkostal)
Auslösung	durch Belastung ausgelöst	durch Belastung ausgelöst	durch falsche Belastung des Bewegungsapparates
Schmerzsymptomatik	von kurzer Dauer, Besserung auf Nitrate	von kurzer Dauer, Besserung auf Nitrate	Dauer wechselnd, Besserung auf Schmerzmittel

5. Belastungs-EKG

mindestens 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (ergibt sich aus Alter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Belastungs-EKG)



Wird die Diagnose über die 90%ige Wahrscheinlichkeit gesichert, geben Sie bitte den Wert der ST-Streckensenkung an.

Belastungs-EKG: (nicht älter als drei Jahre) ST-Streckensenkung , Wert in mm

Sollte Ihnen für Ihren Patienten ein auswertbares Belastungs-EKG vorliegen, geben Sie bitte die ST-Streckensenkung in Millimetern mit einer Stelle hinter dem Komma an. Dabei sollte die Angabe sich auf das jeweils jüngste, also zuletzt durchgeführte Belastungs-EKG beziehen, wobei die Untersuchung nicht länger als drei Jahre zurückliegen darf.

Wenn Sie Angaben zum Belastungs-EKG (ST-Streckensenkung) gemacht haben, können nicht gleichzeitig Gründe angekreuzt werden, warum ein Belastungs-EKG nicht durchführbar ist.

nicht-invasives bildgebendes Verfahren



Belastungs-EKG nicht durchgeführt, weil:

Wird die Diagnose ausschließlich über ein nicht-invasives bildgebendes Verfahren gesichert, geben Sie bitte an, weshalb kein Belastungs-EKG herangezogen wurde.

- Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich
- physikalisch nicht belastbar
- Kontraindikation liegt vor

Wenn Sie einen Patienten ausschließlich über ein nicht-invasives Verfahren einschreiben, kreuzen Sie bitte die Gründe an, weshalb ein Belastungs-EKG nicht durchgeführt werden konnte.

Diese Gründe können sein:

- a) Ihr Patient ist „physikalisch nicht belastbar“. Dies bedeutet, dass Ihr Patient die für die Beurteilung des Belastungs-EKG erforderliche Belastungsschwelle z.B. aufgrund orthopädisch bedingter Hemmnisse nicht erreichen kann.
- b) In bestimmten Fällen ist eine „Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich“. Interpretationsschwierigkeiten treten insbesondere bei Vorliegen von Erregungsleitungsstörungen (z. B. bei einem Linkschenkelblock) oder bei Patienten mit Schrittmacher auf. In diesen Fällen machen Sie bitte an dieser Stelle ein Kreuz.
- c) Bei Ihrem Patienten liegen „Kontraindikationen“ für die Durchführung eines Belastungs-EKGs vor (z.B. wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates).

Anamnese

6. Diagnose bekannt seit

Anamnese

Diagnose bekannt seit

J J J J

Bitte geben Sie hier das Jahr der Diagnosestellung vierstellig (z.B. 1997) bzw. die aktuelle Jahreszahl der Diagnosestellung an. Sollte Ihnen das Jahr der Diagnosestellung nicht bekannt sein, geben Sie bitte eine „0“ an (links- oder rechtsbündig).

7. Raucher

Raucher

ja

nein

Geben Sie hier an, ob Ihr Patient Raucher ist. Neben dem Zigarettenraucher sind hier auch Pfeifen- und Zigarrenraucher zu erfassen. Machen Sie bitte genau eine Angabe.

8. Anamnestisch bekannte Begleit- und Folgeerkrankungen:

Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen

keine Hypertonus Herzinfarkt

Herzinsuffizienz Diabetes mellitus Fettstoffwechselstörung

symptomatische Herzrhythmusstörungen

sonstige

Hier geben Sie bitte an, ob Ihr Patient eine oder mehrere der aufgeführten Begleit- oder Folgeerkrankungen hat. Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

„Keine“ ist anzukreuzen, wenn keine der aufgeführten Erkrankungen besteht. Nähere Erläuterungen zu einzelnen Erkrankungen:

Hypertonus: Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn in der Vergangenheit eine wiederholte Messung von erhöhten systolischen und/oder diastolischen Werten > 140/90 mmHg vorgelegen hat.

Diabetes mellitus: Hier ist anzukreuzen, wenn ein Diabetes mellitus vorliegt.

Fettstoffwechselstörung: Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn mindestens einer der Fettstoffwechsel-Werte über dem individuell festzulegenden Schwellenwert liegt bzw. auf Grund des Fettstoffwechselstatus und dem Gesamtbild des Patienten von einer Gefährdung auszugehen ist oder wenn eine medikamentös eingestellte Fettstoffwechselstörung vorliegt.

Symptomatische Herzrhythmusstörungen: Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn Ihr Patient wegen symptomatischer Herzrhythmusstörungen behandelt wird.

Sonstige ist anzugeben, wenn eine hier nicht aufgeführte Begleit- oder Folgeerkrankung (z.B. ein Schlaganfall) vorliegt.

Aktuelle Befunde

9. Körpergröße

Körpergröße 1,85 m

Bitte geben Sie die Körpergröße in Meter mit zwei Stellen hinter dem Komma an.

Ist die Körpergröße auf Grund z.B. einer Amputation nicht zu erheben, ist hier eine „0“ einzutragen (links- oder rechtsbündig). Freibleibende Zahlenfelder brauchen nicht mit Füllzeichen wie z.B. „~“ oder „/“ gefüllt werden.

10. Körpergewicht

Körpergewicht kg

Bitte geben Sie das Körpergewicht in Kilogramm an (links- oder rechtsbündig).

Ist das Körpergewicht auf Grund z.B. einer Amputation nicht zu erheben, ist hier eine „0“ einzutragen (links- oder rechtsbündig). Freibleibende Zahlenfelder (z. B. bei zweistelliger Gewichtsangabe) müssen nicht mit Füllzeichen wie z.B. „~“ oder „/“ gefüllt werden.

11. Blutdruck

Blutdruck / mmHg

Geben Sie hier bitte den aktuellen systolischen und diastolischen Blutdruckwert in mmHg an. Bei starken Schwankungen mehrfach erhobener Werte geben Sie bitte den Mittelwert an.

Bitte geben Sie die Zahlenwerte links- oder rechtsbündig an. Freibleibende Zahlenfelder (z.B. bei einem zweistelligen diastolischen Blutdruckwert) brauchen nicht mit „~“ oder „/“ gefüllt zu werden.

12. LDL- und Gesamt-Cholesterin-Wert

Cholesterin
gesamt mg/dl oder mmol/l nicht untersucht

LDL-
Cholesterin mg/dl oder mmol/l nicht untersucht

Wenn Sie die Werte erhoben haben, tragen Sie bitte jeweils den Echtwert in mmol/l **oder** mg/dl ein. Wenn diese Werte nicht untersucht wurden, kreuzen Sie bitte „nicht untersucht“ an. Freibleibende Zahlenfelder brauchen nicht mit Füllzeichen (z.B. „~“ oder „/“) gefüllt zu werden.

Relevante Ereignisse in den letzten 12 Monaten

13. Stationäre notfallmäßige Behandlung

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK
in den letzten 12 Monaten Anzahl

Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die auf Grund der KHK notwendig wurden. Sollte in den letzten 12 Monaten keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an (links- oder rechtsbündig).

Freibleibende Zahlenfelder brauchen nicht mit Füllzeichen wie z.B. „~“ oder „/“ gefüllt werden.

14. Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlungen

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK
in den letzten 12 Monaten Anzahl

Hierzu zählen insbesondere die Behandlungen im Rahmen des hausärztlichen Notdienstes am Wochenende oder die Behandlung in Notfallambulanzen, die auf Grund der KHK notwendig wurden. Wenn keine relevanten Ereignisse vorliegen, geben Sie bitte eine „0“ an (links- oder rechtsbündig).

Freibleibende Zahlenfelder brauchen nicht mit Füllzeichen wie z.B. „~“ oder „/“ gefüllt werden.

15. Erfolgte koronartherapeutische Intervention

erfolgte koronartherapeutische Intervention

keine perkutane Intervention Bypass-Operation

Geben Sie bitte hier an, ob bei Ihrem Patienten bereits eine perkutane Intervention (z.B. Stent-Anlage) oder eine Bypass-Operation erfolgt ist. Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

Aktuelle Medikation

aktuelle Medikation			ACE-Hemmer	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
diagnosespezifische Medikation	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Kalzium-Antagonisten	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Betablocker	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombozytenaggregationshemmer	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein	sonstige diagnosespezifische Medikation	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Nitrate	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein			
		<input type="checkbox"/> Kontraindikation			
		<input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation			

Bitte machen Sie zu jedem der nachfolgenden Medikamente eine Angabe. Bitte machen Sie die Angabe „nein“, wenn Ihr Patient das jeweilige Medikament derzeit nicht erhält.

- **Betablocker:** Bitte geben Sie bei „nein“ zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.
- **Thrombozytenaggregationshemmer:** Bitte geben Sie bei „nein“ zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.
- **Nitrate:** Hierunter sind auch Nitrosprays zu fassen. Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist erforderlich.
- **ACE-Hemmer:** Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist erforderlich.
- **Kalzium-Antagonisten:** Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist erforderlich.
- **Statine:** Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist erforderlich.
- **Sonstige KHK-spezifische Medikation:** hierzu zählen z. B. die AT-1-Antagonisten oder Marcumar. Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist erforderlich.

Schulungen

16. Schulung empfohlen: Hypertonie-, Diabetes- und INR-Schulungen

Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung

INR-Schulung andere Schulungen

keine

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt werden soll. Mehrfachnennungen sind möglich.

Andere Schulungen

Hier geben Sie bitte an, ob Sie Ihrem Patienten noch eine weitere Schulung, z. B. zur Raucherentwöhnung empfohlen haben.

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen

Schulungen

Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen

Diabetes-Schulung Hypertonie-Schulung
 INR-Schulung andere Schulungen
 keine

Sollte Ihr Patient bereits vor der Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm an einer der aufgeführten Schulungen teilgenommen haben, machen Sie bitte bei dem entsprechenden Schulungsprogramm(en) eine Angabe. Ist dies nicht der Fall gewesen, kreuzen Sie bitte „keine“ an. Mehrfachnennungen sind möglich.

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

17. Aufgabe des Tabakverzehrs empfohlen

Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ja nein

Dieses Feld ist nur bei aktuellen Rauchern unabhängig von der Raucheranamnese anzugeben. Sollte Ihr Patient Nicht-Raucher sein und haben Sie dies entsprechend in Feld 7 dokumentiert, brauchen Sie hier keine Angabe machen. Andernfalls geben Sie bitte hier an, ob Sie Ihrem Patienten empfohlen haben mit dem Rauchen aufzuhören.

18. Zielvereinbarung Blutdruck

Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert: halten senken

Unter Berücksichtigung des zwischen Ihnen und dem Patienten vereinbarten Zielblutdrucks ist hier zu dokumentieren, ob der aktuell gemessene Blutdruckwert gehalten oder gesenkt werden soll.

19. KHK-spezifische Über- oder Einweisung veranlasst

KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein

Bitte kreuzen Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK zu einem anderen Arzt oder in eine stationäre Einrichtung überwiesen oder eingewiesen haben.

Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „nein“ an.

20. Dokumentationsintervall

Dokumentationsintervall quartalsweise
 jedes zweite Quartal

Das Dokumentationsintervall ist in Abhängigkeit vom Krankheitsstatus unter Berücksichtigung von Begleit- und Folgeerkrankungen individuell von Ihnen in Absprache mit dem Patienten einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal festzulegen.

(Eine Angabe ist erforderlich.)

21. Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung
1 6 0 6 2 0 0 4
(optionales Feld)

Die Angabe ist optional.

Als Datum der geplanten nächsten Dokumentation gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation (jedes Quartal bzw. jedes zweite Quartal) mit dem Patienten vereinbart wird. Sollten Sie ein solches Datum vereinbaren, so tragen Sie bitte ein.

22. Datum und Unterschrift

Datum
1 9 0 2 2 0 0 4
Unterschrift des Arztes

Für die Einschreibung des Patienten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ist das Datum relevant, an dem der Dokumentationsbogen vollständig ausgefüllt wurde. Daher müssen Sie das Erstellungsdatum eintragen. Das Datum aus der Kopfzeile ist für die Einschreibung nicht relevant.

Den ausgefüllten Bogen müssen Sie zusätzlich unterschreiben.

Wird in der zuständigen Datenstelle festgestellt, dass die Angaben des Dokumentationsbogens an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie den Bogen zurück. Sie werden aufgefordert, den Bogen zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum und Ihrer Unterschrift zu versehen.

**Bei Fragen zu den Dokumentationsbögen wenden Sie sich bitte an die dmp-Datenstelle MV:
Hotline: 0951 - 7006060**

4.6 Wie wird die Folgedokumentation ausgefüllt?

Die Nummerierung auf dem Ihnen vorliegenden Musterdokumentationsbogen entspricht der nachfolgenden Nummerierung der Ausfüllanleitung.

Versichertenkarte einlesen
▶ Seite 37

Arztwechsel
▶ Ziffer 1, Seite 37

Durchschläge
Blatt 1: Original für die Datenannahmestelle (versenden)
Blatt 2: Für den Arzt
Blatt 3: Für den Versicherten
▶ Seite 37

Krankenhaus-IK

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Folge-Dokumentation koronare Herzkrankheit

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

1 Arztwechsel 2 DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

¥¥

DMP-Fallnummer
▶ Ziffer 2, Seite 37

Krankenhaus-IK
▶ Seite 37

Arztstempel
▶ Seite 37

Anamnese

3 keine Hypertonus Herzinfarkt symptomatische Herzrhythmusstörungen Raucher ja nein

Herzinsuffizienz Diabetes mellitus Fettstoffwechselstörung sonstige

5 **aktuelle Befunde**

Angina pectoris typisch: Grad I Grad II Grad III Grad IV 7 **Blutdruck** / mmHg

atypisch nicht-anginöser Brustschmerz keine Schmerzsymptomatik Cholesterin gesamt mg/dl oder mmol/l nicht untersucht

6 **Herzinsuffizienz** nein 8 **LDL-Cholesterin** mg/dl oder mmol/l nicht untersucht

9 **relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation**

akutes Koronarsyndrom ja nein 11 Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK Anzahl

10 keine Koronarangiografie percutane Inter-vention Bypass-Operat. 12 nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK Anzahl

13 **aktuelle Medikation**

diagnosespezifische Medikation ja nein ACE-Hemmer ja nein

Betablocker ja nein Kontraindikation Kalzium-Antagonisten ja nein

Thrombozytenaggregationshemmer ja nein Kontraindikation HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) ja nein

Nitrate ja nein sonstige aktuelle diagnose-spezifische Medikation ja nein

14 **Schulungen**

Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) (Nur eine Angabe je Schulung ist möglich)

Diabetes-Schulung ja nein war aktuell nicht möglich 15 **Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)**

Hypertonie-Schulung ja nein war aktuell nicht möglich Diabetes-Schulung

INR-Schulung ja nein war aktuell nicht möglich Hypertonie-Schulung

andere Schulungen ja nein war aktuell nicht möglich INR-Schulung

bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen keine andere Schulungen

16 **Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele**

Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen ja nein 20 Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung (optionales Feld)

17 Zielvereinbarung Blutdruck aktuellen Wert: halten senken 19 **Dokumentationsintervall** quartalsweise jedes zweite Quartal

18 KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst ja nein 21 Datum

Unterschrift des Arztes

4.7 Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)

Parameter und Angaben, die analog zur Erstdokumentation auszufüllen sind, werden hier nicht mehr erläutert, sondern nur unter Angabe der entsprechenden Abschnittsnummer der Erstdokumentation aufgeführt.

Versichertenkarte einlesen (wie Erstdokumentation)

1. Arztwechsel

The image shows a form field with a checked checkbox labeled 'Arztwechsel'. To its right is the label 'DMP-Fallnummer' followed by five empty square boxes for digits.

Dieses Feld ist dann anzukreuzen, wenn ein Patient, der bereits in ein strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben ist, Sie als **neuen koordinierenden Vertragsarzt** gewählt hat.

Durchschläge (wie Erstdokumentation)

2. DMP-Fallnummer (wie Erstdokumentation Ziffer 1)

Bitte achten Sie darauf, dass Sie **die in der Erstdokumentation vergebene DMP-Fallnummer in der Folgedokumentation unverändert weiterführen.**

Krankenhaus-IK (wie Erstdokumentation)

Arztstempel (wie Erstdokumentation)

Anamnese

3. Neu aufgetretene Begleit- und Folgeerkrankungen (seit der letzten Dokumentation):

The image shows a section titled 'Anamnese' with the sub-heading 'Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen'. It contains several checkboxes: 'keine', 'Hypertonus', 'Herzinfarkt', 'symptomatische Herzrhythmusstörungen', 'Herzinsuffizienz', 'Diabetes mellitus', 'Fettstoffwechselstörung', and 'sonstige'. To the right is a 'Raucher' field with 'ja' and 'nein' options, both of which are checked.

Bitte geben Sie hier an, ob bei Ihrem Patient eine oder mehrere der aufgeführten Begleit- oder Folgeerkrankungen **seit der letzten Dokumentation neu aufgetreten** ist. Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

„Keine“ ist anzukreuzen, wenn keine der aufgeführten Erkrankungen besteht.

Nähere Erläuterungen zu den einzelnen Erkrankungen:

Hypertonus: (wie Erstdokumentation Ziffer 8)

Diabetes mellitus: (wie Erstdokumentation Ziffer 8)

Fettstoffwechselstörung: (wie Erstdokumentation Ziffer 8)

Symptomatische Herzrhythmusstörungen: (wie Erstdokumentation Ziffer 8)

Herzinsuffizienz: Hier ist ausschließlich die neu aufgetretene Herzinsuffizienz zu dokumentieren. Ist eine Herzinsuffizienz schon vor der letzten Dokumentation bekannt gewesen, geben Sie dies bitte im Bereich „Aktuelle Befunde“ unter Punkt 5 an.

Sonstige: (wie Erstdokumentation Ziffer 8)

4. Raucher (wie Erstdokumentation Ziffer 7)

Aktuelle Befunde

5. Angina pectoris (wie Erstdokumentation Ziffer 5)

aktuelle Befunde	
Angina pectoris	typisch: <input checked="" type="checkbox"/> Grad I <input checked="" type="checkbox"/> Grad II <input checked="" type="checkbox"/> Grad III <input checked="" type="checkbox"/> Grad IV
	<input checked="" type="checkbox"/> atypisch <input checked="" type="checkbox"/> nicht-anginöser Brustschmerz <input checked="" type="checkbox"/> keine Schmerzsymptomatik

6. Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz	<input checked="" type="checkbox"/> nein
ja -> NYHA	<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

Kreuzen Sie hier bitte an, ob Ihr Patient eine bereits bekannte Herzinsuffizienz hat. Falls ja, geben Sie bitte auch den Schweregrad an.

Der Schweregrad richtet sich nach der NYHA-Klassifikation und kann nachstehender Tabelle entnommen werden.

Stadieneinteilung der Herzinsuffizienz nach der New York Heart Association (NYHA)

Stadium	Symptomatik
NYHA I	Keine Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Gewöhnliche körperliche Betätigung verursacht keine Müdigkeit, Atemnot oder Palpitationen (asymptomatische systolische Dysfunktion).
NYHA II	Geringe Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Gewöhnliche körperliche Betätigung führt zu Müdigkeit, Palpitationen, Atemnot oder Angina pectoris.
NYHA III	Deutliche Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Geringe körperliche Betätigung führt zu den genannten Symptomen.
NYHA IV	Schwere Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Symptome sind bereits in Ruhe präsent, bei geringer körperlicher Betätigung verschlechtern sich die Beschwerden.

7. Blutdruck (wie Erstdokumentation Ziffer 11)

8. LDL- und Gesamt-Cholesterin-Wert (wie Erstdokumentation Abschnitt 12)

Relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation

9. Akutes Koronarsyndrom

relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation	
akutes Koronarsyndrom	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein

Sollte Ihr Patient seit der letzten Dokumentation ein akutes Koronarsyndrom erlitten haben, geben Sie dies bitte hier an.

Diese Diagnose kann an Hand des Ruhe-EKGs, der Schmerzsymptomatik und der Markerproteine („Herzenzyme“) gestellt werden. Die Befunde können aus der Patientenakte oder einem Krankenhausberichte entnommen werden.

10. KHK-spezifische diagnostische und therapeutische Intervention

KHK-spezifische diagnostische und/oder therapeutische Intervention	
	<input checked="" type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Koronarangiografie <input type="checkbox"/> percutane Intervention <input type="checkbox"/> Bypass-Operation

Geben Sie bitte hier an, ob bei Ihrem Patienten seit der letzten Dokumentation eine Koronarangiografie, eine perkutane Intervention (z. B. Stent-Anlage) oder eine

Bypass-Operation erfolgt ist. Sollte dies nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

11. Stationäre notfallmäßige Behandlung

Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK	<input type="text" value="0"/> Anzahl
---	---------------------------------------

Geben Sie bitte die Anzahl aller vollstationären Aufenthalte an, die auf Grund der KHK notwendig wurden. Sollte seit der letzten Dokumentation keine solche Behandlung notwendig gewesen sein, geben Sie bitte eine „0“ an.

12. Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlungen

nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK	<input type="text" value="0"/> Anzahl
---	---------------------------------------

Hierzu zählen insbesondere die Behandlungen im Rahmen des hausärztlichen Notdienstes am Wochenende oder die Behandlung in Notfallambulanzen, die auf Grund der KHK notwendig wurden. Wenn keine relevanten Ereignisse vorliegen, geben Sie bitte eine „0“ an.

13. Aktuelle Medikation (wie Erstdokumentation)

Schulungen

14. Empfohlene Schulung wahrgenommen

Schulungen			
Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation) (Nur eine Angabe je Schulung ist möglich)			
Diabetes-Schulung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> war aktuell nicht möglich
Hypertonie-Schulung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> war aktuell nicht möglich
INR-Schulung	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> war aktuell nicht möglich
andere Schulungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> war aktuell nicht möglich
bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen			<input type="checkbox"/>

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben. Wenn Sie nur einzelne Schulungen empfohlen haben, muß die Angabe nur zu diesen Schulungen erfolgen, die Angaben zu den nicht empfohlenen Schulungen bleiben dann frei.

Sollte Ihr Patient eine empfohlene Schulung ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, kreuzen Sie bitte „nein“ an. Diese Angabe kann zum Ausschluss des Versicherten führen.

Gründe hierfür können z.B. sein: fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch an.

Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

15. Schulung empfohlen: Hypertonie-, Diabetes- und INR-Schulungen

Schulung empfohlen
(bei aktueller Dokumentation)

- Diabetes-Schulung
- Hypertonie-Schulung
- INR-Schulung
- andere Schulungen
- keine

Wenn Sie Ihrem Patienten aktuell (am Tage der Konsultation) die Teilnahme an einem Schulungsprogramm empfohlen haben, geben Sie bitte hier an, für welche Indikation(en) die Schulung(en) durchgeführt werden soll. Mehrfachnennungen sind möglich.

Andere Schulungen

Hier geben Sie bitte an, ob Sie Ihrem Patienten noch eine weitere Schulung, z.B. zur Raucherentwöhnung empfohlen haben.

Wurde keine Schulung empfohlen, geben Sie dies bitte auch an.

Behandlungsplanung, vereinbarte Ziele

16. Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen (wie Erstdokumentation Ziffer 17)

17. Zielvereinbarung Blutdruck (wie Erstdokumentation Ziffer 18)

18. KHK-spezifische Über- oder Einweisung veranlasst (wie Erstdokumentation Ziffer 19)

19. Dokumentationsintervall (wie Erstdokumentation Ziffer 20)

20. Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung (wie Erstdokumentation Ziffer 21)

Datum und Unterschrift

Datum

1 6 0 6 2 0 0 4

Unterschrift des Arztes

Für den Verbleib des Patienten in einem strukturierten Behandlungsprogramm ist das Datum relevant, an dem der Dokumentationsbogen vollständig ausgefüllt wurde. Daher müssen Sie das Erstellungsdatum eintragen. Das Datum aus der Kopfzeile ist für den Verbleib im Programm nicht relevant.

Sie müssen den Bogen zusätzlich unterschreiben. Wird in der zuständigen Datenstelle festgestellt, dass die Angaben des Dokumentationsbogens an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie den Bogen zurück. Sie werden aufgefordert, den Bogen zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum und Ihrer Unterschrift zu versehen.

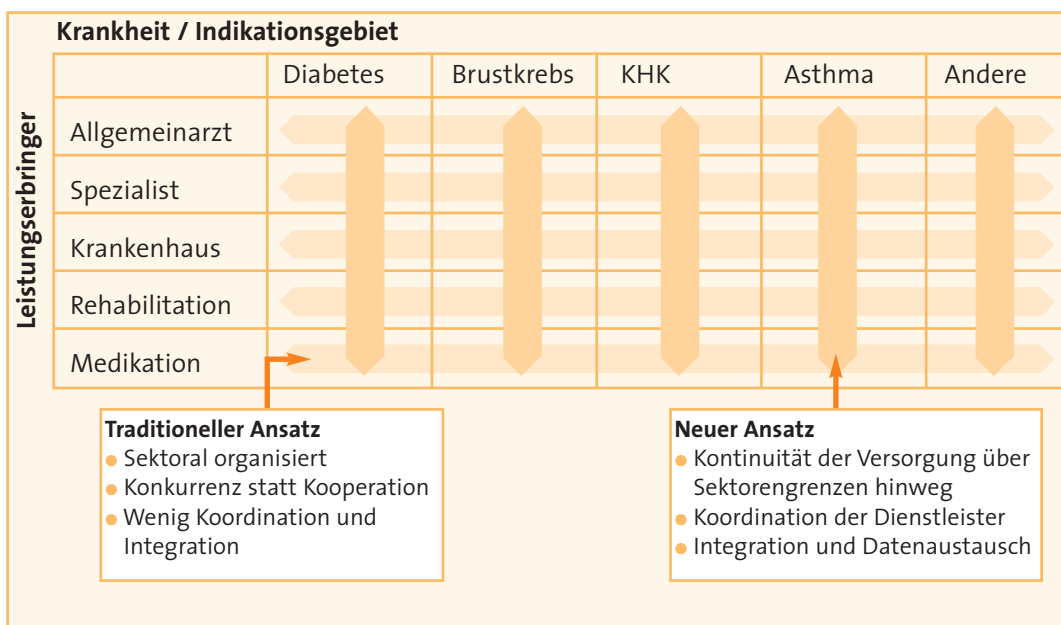
Bei Fragen zu den Dokumentationsbögen wenden Sie sich bitte an die dmp-Datenstelle MV:
Hotline: 0951 - 7006060

5 Grundlagen zum Disease-Management

5.1 Was bedeutet Disease-Management?

Disease-Management fasst unterschiedliche Maßnahmen zur optimalen Behandlung eines gesamten Krankheitsbildes zusammen. Es handelt sich dabei um eine Versorgungsform, die sich über Strukturgrenzen hinweg mit der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einer Erkrankung mit dem Ziel befasst, durch Integration und Koordination aller an der Behandlung der Erkrankung beteiligten Organisationen eine Verbesserung der Versorgungsqualität unter optimalem Einsatz zur Verfügung stehender Ressourcen zu erreichen (1).

Abb. 1: Innovativer Ansatz von Disease-Management



► Anhang 7, Literatur, Internet, Kontakte

Quelle: modifiziert aus Szathmary B: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen (1).

5.2 Welche Bestandteile haben Disease-Management-Programme?

Zur Einführung in die Thematik werden zunächst folgende Fallbeispiele aufgeführt:

Szenario 1:

Jens-Uwe Müller* (55 Jahre) kommt wegen akuter Knieschmerzen in die Praxis seines Hausarztes Dr. Schmitt*. Der hatte vor 12 Monaten bei Jens-Uwe Müller, der seit fünf Jahren an einer Hypertonie leidet, nach Durchführung einer Ergometrie eine Koronare Herzerkrankung diagnostiziert. Bei der Behandlung der Akutsymptomatik fällt Dr. Schmitt auf, dass sich Jens-Uwe Müller seit Diagnosestellung der KHK nicht mehr in der Praxis vorgestellt hat. Er begründet dies damit, dass es eigentlich nicht schlimmer geworden sei. Seinen Nikotinkonsum habe er geringfügig eingeschränkt. Sein Beruf, den er hauptsächlich im Sitzen ausübt, beansprucht ihn stark. Bislang konnte er noch keine Zeit für Sport in der Freizeit finden. Der gemessene Blutdruckwert liegt bei 165/90 mmHg. Blutdruckselbstkontrollen führt Jens-Uwe Müller nicht durch. Die Blutdruckmedikamente hat Müller selbst abgesetzt, weil er sich auch ohne Medikamente wohl fühlt. Die vor über einem Jahr bestimmten Blutfette zeigen deutlich erhöhte Werte. Dr. Schmitt beginnt wieder eine Blutdruckmedikation, nimmt zur Bestimmung der Blutfette Blut ab und lässt ein EKG schreiben. Er rät seinem Patienten zu mehr Bewegung, Ernährungsumstellung und Nikotinverzicht und entlässt ihn mit der Bitte, sich in kürzeren Abständen vorzustellen.

Szenario 2:

Bei Wilhelmine Meier*, einer 64-jährigen Patientin mit langjährig bekannter Hypertonie, wurde vor zwei Jahren durch eine Ergometrie in Kombination mit dem Alter, dem Geschlecht und der Beschwerdesymptomatik eine mehr als 90%ige Wahrscheinlichkeit für eine Koronare Herzerkrankung festgestellt. Sie erscheint zur geplanten „DMP-Vorstellung“ in der Hausarztpraxis Dr. Becker*. Wie sie es bei der Hypertonieschulung gelernt hat, händigt sie der Arzthelferin ihren Hypertoniepass aus. Diese trägt die Daten in die elektronische Patientenakte ein und druckt für die Wilhelmine Meier eine Verlaufskurve aus. Dr. Becker sieht sich die Verlaufskurven der Befunde an und ist mit seiner Patientin zufrieden. Wilhelmine Meier kann ihren Blutdruck mit Hilfe der festgelegten Dauermedikation und der in ihrem „Notfallplan“ angegebenen Bedarfsmedikation in den vereinbarten Grenzen halten. Außerdem ist sie seit 3 Monaten Nichtraucherin. Dr. Becker hatte Sie hierbei während mehrerer Vorstellungen im Rahmen des DMPs erfolgreich beraten. Die Patientin nimmt an einem Herzsportprogramm teil. Hierfür hatte die AOK für die ersten beiden Jahre die Kosten übernommen. Wilhelmine Meier fühlt sich durch den Sport viel wohler und führt den Herzsport nun selbständig in einer Gruppe weiter. Während der ärztlichen Konsultation bespricht Dr. Becker mit seiner Patientin die weiteren Therapieziele. Bevor diese die Praxis verlässt, vereinbart die Arzthelferin mit ihr noch einen Termin für die nächste DMP-Untersuchung.

Dr. Becker ist mit der Betreuung seiner KHK-Patienten zufrieden. Um seinen Patienten eine evidenzbasierte medikamentöse Therapie zu gewährleisten, orientiert er sich an den im DMP vorrangig empfohlenen Medikamenten. Der Blick in seinen individuellen Feedbackbericht zeigt, dass die Ergebnisse seiner Patienten im Vergleich mit den anderen Praxen seines KV-Bezirks sehr gut sind.

* Die Namen in den Beispielen sind frei erfunden.

Fazit:

In einem System, das eher auf die Behandlung akuter Krankheitsereignisse als auf die strukturierte Betreuung chronisch Kranker ausgerichtet ist (Szenario 1), gestaltet sich die Betreuung chronisch kranker Patienten, die zudem keine Mitverantwortung für die Behandlung ihrer Erkrankung übernehmen, schwierig. Disease-Management soll daher den Umgang mit chronischen Erkrankungen für Patienten und medizinisches Personal gleichermaßen durch den Einsatz geeigneter Hilfsmittel und struktureller Veränderungen optimieren und erleichtern (Szenario 2) (2).

Obwohl es viele verschiedene Möglichkeiten für die Ausgestaltung von Disease-Management-Programmen gibt, basieren sie auf gemeinsamen **Grundzügen**:

1. Fokussierung auf eine **Population** oder Risikogruppe wie z.B. Diabetiker anhand von „Einschreibekriterien“.
2. Existenz einer **Wissensbasis**, die stetig aktualisiert werden muss, in der Regel evidenzbasierte Leitlinien mit Angabe von Behandlungszielen.
3. **Strukturregelungen** der Prozesse im Versorgungssystem: Koordination unterschiedlicher Versorger, Definition von Versorgerzuständigkeiten und klare Absprachen innerhalb der Ärzteschaft, Einbeziehung medizinischer Hilfsberufe und der Patienten selbst.
4. **Messung** der Ergebnisse und kontinuierlicher **Verbesserungsprozess**.

Weitere wichtige Bestandteile von Disease-Management-Programmen sind praktische Organisationshilfen, die in unterschiedlicher Anzahl und Zusammensetzung kombiniert werden und deren Wirksamkeit im Hinblick auf Verbesserungen von Prozessparametern (wie periodische Durchführung empfohlener Untersuchungen) und Ergebnisparametern (wie das Auftreten von Endorgankomplikationen) bereits belegt werden konnten (3-6):

DMP-Bestandteil	Vorteil
Patientenregister	Identifikation einer Risikopopulation bzw. der Gruppe chronisch Kranker
Remindersysteme	Erinnerungsfunktion führt zur Einhaltung wichtiger Untersuchungstermine und sichert die Kontinuität der Versorgung
Hilfen zu Therapieentscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> ● Evidenzbasierte Leitlinien stellen das aktuell verfügbare Wissen/ „best practice“ zur Verfügung ● Interdisziplinärer Austausch in Qualitätszirkeln kann ebenfalls eine Entscheidungshilfe darstellen
Feedback-Berichte	ermöglichen, eigene Stärken und Schwächen in der Versorgung chronisch Kranker im Vergleich zu anderen ausfindig zu machen und daraus Handlungskonsequenzen abzuleiten
Optimierte Praxisorganisation	Trennung von akuten und chronischen Versorgungsbereichen; Verteilung der Arbeitsaufgaben und Einbeziehung des Praxispersonals in die Betreuung chronisch Kranker kann zu Arbeitserleichterung und Qualitätsverbesserung führen
Patientenschulungen	führen zu einer Steigerung der Eigenverantwortung und können die Mitarbeit der Patienten verbessern

Disease-Management eignet sich besonders für Erkrankungen, für die eine breite Wissensbasis vorliegt, indem ein möglichst hoher Anteil an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Ergebnisse durch anerkannte, kontrollierte Studien belegt ist. Dabei stehen besonders diejenigen Erkrankungen im Vordergrund, die durch eine hohe Inzidenz, extensive Betreuungs- und Behandlungskosten sowie eine ausgeprägte Variabilität in Bezug auf medizinische Maßnahmen und Interventionen gekennzeichnet sind. Typische und erprobte Beispiele sind Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und bestimmte Tumorleiden.

5.3 Welche Erfahrungen liegen aus anderen Ländern vor, und wie sehen die Voraussetzungen in Deutschland aus?

In den USA gibt es Hunderte von unterschiedlichen Disease-Management-Programmen im Rahmen von Managed-Care-Modellen (2).

Entwickler und Betreiber von Disease-Management-Programmen in den USA sind Managed-Care-Organizations (MCO), Pharmaunternehmen oder externe Dienstleistungsunternehmen. Auch wenn diese marktwirtschaftlich orientierten Unternehmen hauptsächlich ökonomische Ziele verfolgen, so liegen hier doch die größten Erfahrungen im Umgang mit Disease-Management-Programmen vor. Es konnten einerseits positive Qualitäts- und Kostenwirkungen erzielt werden (7), andererseits hat die starke Fixierung auf Einsparungen auch zu Einschränkungen der medizinischen Leistungen geführt (8).

Ausgehend von den unterschiedlichen Grundvoraussetzungen (privat-marktwirtschaftliche Gesundheitsversorgung in den USA versus sozial ausgerichtete Solidarversicherung in Deutschland) ist eine Eins-zu-eins-Übertragung des Managed-Care-Ansatzes aus den USA nach Deutschland weder möglich noch wünschenswert (9).

Doch auch in europäischen Ländern mit einem Sozialversicherungssystem wie z. B. Schweden, Norwegen, Großbritannien (10), den Niederlanden (11) und der Schweiz (12) bestehen Erfahrungen mit Disease-Management (13).

►► Anhang 7,
Literatur,
Internet,
Kontakte

Danach kann man Vorteile von DMP und die Vorbehalte gegen die Einführung wie folgt zusammenfassen (14):

Vorteile	Vorbehalte
Gesundheitssystem	
<ul style="list-style-type: none"> ● Bessere Resultate ● Einführung evidenzbasierter Handlungsgrundlagen ● Ergebnismessungen ● Kosteneffektivität ● Verbesserte Verteilung der Ressourcen ● Bessere Kooperation unter den Leistungserbringern ● Nahtlose Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ● Eventuell höhere Kosten zu Beginn ● Kostet Zeit und verbraucht Startressourcen ● Kontroversen bei der Einführung ● Schwierigkeit der Änderung bestehender Systeme
Ärzte	
<ul style="list-style-type: none"> ● Gelegenheit zu effektiver und gemeinschaftlicher Arbeit in der Praxis ● Aufbau guter, stabiler Beziehungen zu anderen Akteuren ● Guter Zugang zu evidenzbasierter Information ● Wachsende Professionalität 	<ul style="list-style-type: none"> ● Angst vor einer Einschränkung der Therapiefreiheit ● Statusverlust ● Stärkere Managementüberwachung ● Interessenkonflikt zwischen den Wünschen der Patienten und dem Behandlungsplan ● Änderung der Arzt-Patienten-Beziehung
Patienten	
<ul style="list-style-type: none"> ● Besser informiert ● Verstärkte Einbeziehung ● Bessere Kontinuität und Konsistenz der Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ● Behandlungsrestriktionen ● Wachsende Verantwortung und Entscheidungsfindung

In Deutschland ist die Entwicklung von Disease-Management-Programmen an die Veränderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom Januar 2002 gekoppelt. Im reformierten RSA, der ursprünglich Wettbewerbsnachteile zwischen den verschiedenen Krankenkassen ausgleichen sollte, wird nun die Intensivierung der Betreuung chronisch Kranker besonders berücksichtigt. Durch dieses Gesetz können Krankenkassen ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme anbieten, wenn diese gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien entsprechen. Diese Anforderungen an Behandlungsprogramme empfiehlt der Gemeinsame Bundesausschuss (Nachfolger des bis Ende 2003 bestehenden Koordinierungsausschusses) als Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene dem Bundesgesundheitsministerium (BMGS), das eine Änderungsverordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) erlässt. Zuständig für die Zulassung und die regelmäßige Überprüfung der Programme ist das Bundesversicherungsamt (BVA) in Bonn.

5.4 Wo finde ich weiterführende Literatur?

Die im Text zitierte Literatur sowie weitere Literaturhinweise zum Thema DMP finden Sie im Anhang 7.

►► Anhang 7,
Literatur,
Internet,
Kontakte

6 Grundlagen zur Evidence-based-Medicine (EbM)

6.1 Was bedeutet evidenzbasierte Medizin?

Wenn derzeit über die praktische Tätigkeit eines Arztes berichtet wird, dauert es nicht lange, bis der Begriff „Evidence-based-Medicine“ oder evidenzbasierte Medizin (EbM) fällt.

Oft wird hiermit die Einführung von Leitlinien und damit die Befürchtung einer „Kochbuch-Medizin“ verbunden. Doch evidenzbasierte Medizin ist weit davon entfernt, ein für alle Situationen passendes „Rezept“ zu liefern. Vielmehr bildet evidenzbasierte Medizin eine Methode, um die individuelle klinische Erfahrung der Ärzte und die Präferenzen der Patienten mit der wissenschaftlichen Evidenz klinisch relevanter Forschungen zu vereinen (1). Einer der bekanntesten Vertreter der evidenzbasierten Medizin ist **David Sackett**.

So zeigt auch die von David Sackett gelieferte **Definition** von evidenzbasierter Medizin, dass dem Anwender keine Rezepte vorgelegt, sondern vielmehr eigenständige Entscheidungen abverlangt werden.

Nach Sackett ist evidenzbasierte Medizin „... der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration individueller **klinischer Expertise** mit der **bestmöglichen externen Evidenz** aus systematischer Forschung“ (1).

Dies bedeutet, dass die externe klinische Evidenz die Informationen zur Verfügung stellt und die klinische Expertise entscheidet, ob das betreffende Forschungsergebnis auf den Patienten anzuwenden ist oder nicht. Individuelle klinische Expertise umfasst das Können und die Urteilskraft, die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben; externe klinische Evidenz meint die klinisch relevanten Forschungsarbeiten, die zu einem benannten Problem vorliegen (1).

Verwirrung beim Gebrauch des Begriffes evidenzbasierte Medizin entsteht durch die unterschiedliche Bedeutung und Verwendung des **englischen Begriffs „evidence“** und der deutschen **„Evidenz“**.

Evidenz leitet sich ursprünglich vom lateinischen „evidentia“ ab, was so viel wie „Augenscheinlichkeit“ oder „Veranschaulichung“ meint. Die Bedeutung von „Evidenz“ im deutschen Sprachgebrauch ist „Deutlichkeit“, „vollständige, überwiegende Gewissheit“, „einleuchtende Erkenntnis“ oder auch das, was keiner weiteren Prüfung bedarf und sozusagen auf der Hand liegt (2). Demnach ist „Evidenz“ eine unmittelbar einleuchtende Einsicht ohne methodische Vermittlung (3).

Im englischen Sprachgebrauch wird **„evidence“** im Sinn der „Evidence-based-medicine“ als eine durch Beweismaterial oder Informationen belegte Medizin, die einen Sachverhalt beweisen oder widerlegen kann, verwendet – so wie im Gerichtsverfahren vorgelegte Beweise für oder gegen eine Täterschaft einer Person sprechen können (4). Dabei kann die Beweislage gut (wie z. B. Metaanalysen oder mehrere randomisierte kontrollierte Studien) oder nur mäßig sein (widersprüchliche Studien oder schlechte Studienqualität). Die Beweise werden also im Rahmen der EbM methodisch erfasst.

▶▶ Anhang 7,
Literatur,
Internet,
Kontakte

6.2 Wie hat sich die Methode der evidenzbasierten Medizin entwickelt?

Obwohl der Begriff der evidenzbasierten Medizin in Deutschland noch recht jung ist, ist die Idee, Menschen wissenschaftlich begründet zu behandeln, schon mehr als zwei Jahrhunderte alt.

Dieser zentrale Gedanke von evidenzbasierter Medizin hat seinen Ursprung um 1780 in Großbritannien. Damals wurde dort das Programm der „**medical arithmetic**“, der arithmetischen Medizin, die auf der Methodologie der Beobachtung und des Experiments basierte, entwickelt.

In der Mitte des 19. Jahrhunderts folgte Frankreich diesem Konzept mit der „**méthode numérique**“ (1, 5). In Deutschland findet sich ein Ansatz dieser Methode im Jahr 1932, als von **Paul Martini** die „Methodenlehre der therapeutisch-klinischen Untersuchung“ erschien (5).

Eine der ersten kontrollierten Studien wurde 1753 von **James Lind** in Großbritannien durchgeführt. Er erforschte damals die Behandlung von Skorbut mit Orangen und Zitronen und veröffentlichte seine Ergebnisse (5). Die Methodologie der Beobachtung und des Experiments zur Behandlung von Patienten konnte sich damals nicht lange halten, sie wurde von Expertenmeinungen und Beobachtungen verdrängt (6). Neu definiert wurde die Methode später im Bereich der Sozialhygiene, der klinischen Epidemiologie sowie Public Health als „**medical statistics**“ bzw. „**Biometrie**“ (5, 6). Evidenzbasierte Medizin basiert somit auch auf den Grundsätzen der Epidemiologie und der Biostatistik.

Der ursprüngliche Begriff „**Evidence-based-medicine**“ entstand an der **McMaster Medical School in Kanada** in den siebziger Jahren aus dem Konzept „**evidence-based learning**“ (6). Evidence-based learning ist eine Lernmethode, die dem Prinzip des problemorientierten Lernens folgt. Der Lernprozess vollzieht sich dabei in mehreren methodischen Schritten: Zunächst erfolgt die Definition des vorhandenen, zu lösenden Problems. Ihr schließt sich die Literaturrecherche nach dem Stand der Wissenschaft zu der beschriebenen Problematik an. Es folgt die kritische Beurteilung der gefundenen Literatur und die Entscheidung, ob die gefundenen Ergebnisse zur Lösung des Problems herangezogen werden können (6).

Nachdem die Methode zunächst hauptsächlich von Epidemiologen geprägt und angewendet wurde, schlossen sich im Laufe der Jahre auch andere Gebiete des Gesundheitswesens an.

6.3 Welche Bedeutung hat die evidenzbasierte Medizin für die Praxis?

Der britische Arzt und Epidemiologe **Archie Cochrane** setzte sich unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg als einer der ersten Wissenschaftler für die **Durchführung randomisierter klinischer Studien** ein, um die mangelnde Anwendung wissenschaftlicher Methoden in der klinischen Praxis zu beheben (7). Er forderte, dass wissenschaftliche Übersichtsarbeiten systematisch geplant und ständig aktualisiert werden, um neue Ergebnisse bei der Versorgung von Patienten berücksichtigen zu können.

Als Antwort auf die Forderung nach systematischen Übersichten aller relevanten randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) im Gesundheitswesen wurde im Oktober 1992 das **Cochrane Centre in Oxford** gegründet (7).

Das Cochrane Centre ist ein weltweites Netz von Wissenschaftlern und Ärzten aller gesundheitlichen Fachrichtungen, das sich zum Ziel gesetzt hat, systematische Übersichtsarbeiten zu

Therapievergleichen auf der Basis randomisierter Studien zu erstellen, aktuell zu halten und in der Cochrane-Datenbank zu verbreiten (7).

Im März 1998 wurden in Berlin das **Netzwerk „Evidenzbasierte Medizin“** und am 6. Oktober 2000 das **„Deutsche Netzwerk für evidenzbasierte Medizin“** gegründet (8). Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss verschiedener Zentren, die sich zum Ziel gesetzt haben, systematische Übersichtsarbeiten zu erstellen, in regelmäßigen Abständen Workshops zu organisieren, alle Aktivitäten im deutschsprachigen Raum, die sich mit „evidenzbasierter Medizin“ bzw. „evidenzbasierter Gesundheitsversorgung“ beschäftigen, zu bündeln und sich allgemein für die Verbreitung der Methode einzusetzen (8).

Die Bestrebungen, die evidenzbasierte Methodik im gesamten Gesundheitswesen anzuwenden, führten zur Entstehung von weiteren Konzepten wie „evidence-based nursing“, „evidence-based mental health“, „evidence-based child care“, „evidence-based pharmacotherapy“, „evidence-based dentistry“, „evidence-based practice“ sowie „evidence-based health care“.

6.4 Welcher Zusammenhang besteht zwischen evidenzbasierter Medizin und Disease-Management-Programmen?

Das methodische Vorgehen, wissenschaftliche Informationen problemorientiert aufzuarbeiten und zu beurteilen, so dass sie von den praktisch tätigen Ärzten in der individuellen klinischen Entscheidungsfindung optimal genutzt werden können, macht das Konzept der evidenzbasierten Medizin zu dem, was es ist: eine auf methodisch erbrachten und beurteilten Beweisen und nicht auf althergebrachtem Wissen oder Intuition basierende Medizin (9). Es schließt weder das Wissen der klinisch tätigen Ärzte noch die Individualität der Patienten und ihrer Probleme aus, sondern verlangt vielmehr eine Verknüpfung.

Auf Basis der beschriebenen Methodik wurden nun vom **Gemeinsamen Bundesausschuss** die medizinischen Anforderungen für Disease-Management-Programme (DMP) entwickelt, die **in den Anlagen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)** festgeschrieben und **als Versorgungsinhalte von DMP** vertraglich verankert sind.

Die in diesen Versorgungsinhalten festgelegten **Zielparameter**, wie z. B. die Blutdruckeinstellung auf Werte unter 140/90 mmHg, stellen das derzeit bestverfügbare Wissen, also die **externe Evidenz** dar. In der praktischen Anwendung muss die externe Evidenz, in diesem Beispiel RR-Senkung unter Werte von 140/90 mmHg, durch die **klinische Expertise** individuell auf den Patienten angepasst werden.

Da sich die Wissenschaft weiterentwickelt, ist es verständlich, dass diese evidenzbasierten Versorgungsinhalte regelmäßig auf den neuesten wissenschaftlichen Stand **aktualisiert** werden müssen.

▶▶ *Anhang 7,
Literatur,
Internet,
Kontakte*

Praxismanual

*Eine Arbeitshilfe
für das Disease-Management-Programm
Koronare Herzkrankheit*

Anhang

Anhang

Anhang 1: Versorgungsinhalte	53
Anhang 2: Langdatensatz	65
Anhang 3: Kurzdatensatz	71
Anhang 4: Unterlagen im Behandlungsprogramm	75
Teilnahmeerklärung Arzt	75
Teilnahmeantrag für Krankenhäuser.....	77
Behandlungsübersicht	80
Merkblatt Patient	81
Datenschutzinformation Patient	83
Teilnahme-/Einwilligungserklärung Patient	84
Anhang 5: Häufig gestellte Fragen	85
Wie DMPs entstehen und funktionieren.....	85
Das DMP Koronare Herzkrankheit.....	89
Anhang 6: Hinweise zu strukturierten Schulungsprogrammen	93
Welche Möglichkeiten bieten sich für Ihre Praxis bezüglich der Patientenschulung im Behandlungsprogramm?	93
Was gibt es für Möglichkeiten, wenn Sie Schulungen nicht in der eigenen Praxis anbieten möchten?	94
Anhang 7: Literatur, Internet, Kontakte	95
Grundlagen zum Disease-Management (Kapitel 5)	95
Grundlagen zur evidenzbasierten Medizin (Kapitel 6)	97
Weitere Literaturhinweise und Internetadressen	98
Kontaktadressen	99
Fachärzte.....	100
Krankenhäuser	101
Selbsthilfegruppen	102
Kontakt-, Informations- und Beratungsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS)	102
Literaturtipps für Ihre Patienten.....	104
Stichwortverzeichnis	105

Anhang 1: Versorgungsinhalte im DMP Koronare Herzkrankheit

Anlage 5 zu § 28b bis § 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) mit den „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit“ vom 28. April 2003

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, auch in der Vorgeschichte
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90%) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen 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, die nicht physikalisch belastbar sind), können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden.
3. durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen unter 1.5.3.1, Seite 57).

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. Für Patienten, die älter als 69 Jahre sind, sind die Werte der Altersgruppe von 60 – 69 Jahren heranzuziehen.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Ziffer 3 (Seite 61).

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.

1.4 Differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung

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

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

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Therapie und allgemeine Maßnahmen

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

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

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

1.5.1.1 Ernährungsberatung

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

1.5.1.2 Raucherberatung

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

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

1.5.1.3 Körperliche Aktivitäten

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

1.5.1.4 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

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

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

1.5.2 Medikamentöse Therapie

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente zur Behandlung der KHK verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Ziffer 1.3 (Seite 54) 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-Antagonisten³ zu erwägen.
4. Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Simvastatin und Pravastatin.
5. Bei chronischer KHK mit gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz oder mit asymptomatischer linksventrikulärer Dysfunktion ist eine Therapie mit Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmern (ACE-Hemmer) grundsätzlich indiziert. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Trandolapril. Auch bei chronischer KHK ohne gleichzeitig bestehende Herzinsuffizienz oder asymptomatische linksventrikuläre Dysfunktion kann die Gabe von Ramipril erwogen werden. Bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern können Angiotensin-1-Rezeptoren-Blocker (jeweils entsprechend dem arzneimittelrechtlichen Zulassungsstatus) erwogen werden.
6. Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

1.5.3 Koronarangiografie – Interventionelle Therapie – Koronarrevaskularisation

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

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

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

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

1.5.3.1 Koronarangiografie

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

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

1.5.3.2 Interventionelle Therapie und Koronarrevaskularisation

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

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

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

- koronare Bypassoperation (ACVB⁷) für Patienten mit signifikanter linker Hauptstammstenose,
- ACVB für Patienten mit Dreigefäßerkrankung. Der Überlebensvorteil ist größer bei Patienten mit verminderter linksventrikulärer Funktion (Ejektionsfraktion unter 50%),
- ACVB für Patienten mit Zweigefäßerkrankung 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 Dreigefäßerkrankung 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,

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

⁵ Betrifft das Therapieziel: „Beschwerdefreiheit“.

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

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

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

1.6 Rehabilitation

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

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

Dimensionen/Inhalte der Rehabilitation sind insbesondere:

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

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

- die Frühmobilisation während der Akutbehandlung,

- die Rehabilitation (nach Ziffer 1.7.4, Seite 60) im Anschluss an die Akutbehandlung,
- langfristige wohnortnahe Nachsorge und Betreuung.

1.7 Kooperation der Versorgungsebenen

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

1.7.1 Hausärztliche Versorgung

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt im Rahmen seiner im § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit koronarer Herzkrankheit eine zugelassene oder ermächtigte qualifizierte Fachärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an diesem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 sind von der gewählten Ärztin, dem gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

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

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

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

- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
- Rehabilitation,
- Psychiatrische/Psychotherapeutische Mitbehandlung,
- Schulung von Patienten.

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

1.7.3 Einweisung in ein Krankenhaus

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

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

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

1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Eine Rehabilitationsmaßnahme (im Sinne von Ziffer 1.6, Seite 58) ist insbesondere zu erwägen:

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

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

2.1 Allgemeine Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

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

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.

2.2 KHK-spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den strukturierten Behandlungsprogrammen

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

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

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

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

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Voraussetzung für die Einschreibung eines Versicherten ist

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt gemäß Ziffer 1.2 (Seite 53),
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten und
- die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

Der Versicherte bestätigt mit seiner Teilnahmeerklärung, dass er im Einzelnen

- die Programm- und Versorgungsziele kennt und an ihrer Erreichung mitwirken wird,
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der verfügbaren Leistungsanbieter kennt und unterstützen wird und
- über die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden ist sowie

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

- über die mit seiner Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten informiert worden ist, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkassen zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

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

1. bei einem akuten Koronarsyndrom¹⁰, auch in der Vorgeschichte
2. wenn sich aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG, das innerhalb der letzten drei Jahre durchgeführt worden ist, eine hohe Wahrscheinlichkeit (mindestens 90%) für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit belegen lässt¹¹. 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, die nicht physikalisch belastbar sind) können andere nicht-invasive Untersuchungen zur Diagnosesicherung (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) angewendet werden,
3. direkter Nachweis mittels Koronarangiografie (gemäß Indikationsstellungen nach Ziffer 1.5.3.1, Seite 57).

4. Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 4 der Anlage 1 gelten entsprechend.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen u. a. auf die vereinbarten Management-Komponenten, insbesondere der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

¹⁰ 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.

¹¹ Die Nachtest-Wahrscheinlichkeit (nach Durchführung eines Belastungs-EKGs) ist zu berechnen nach Diamond, GA et al.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N. Engl. J. Med (1979); 300: 1350-8. Für Patienten, die älter als 69 Jahre sind, sind die Werte der Altersgruppe von 60 – 69 Jahren heranzuziehen.

4.2 Schulungen der Versicherten

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

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

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt werden. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5. Evaluation (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 gelten entsprechend.



Anhang 2: Langdatensatz

Anlage 6a zu §§ 28b bis 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) mit den Datensätzen, die die Gemeinsame Einrichtung bzw. die KV MV erhält.

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd.Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname des Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
10	Geschlecht	Männlich / Weiblich
11	Angina pectoris	Typisch: Grad I / II / III / IV / Atypisch / Nicht-anginöser Brustschmerz / Keine Schmerzsymptomatik
12	Belastungs-EKG: ST-Streckensenkung	Wert in mm / Nicht durchgeführt: Physikalisch nicht belastbar / Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich / Kontraindikation liegt vor
13	Diagnose gesichert durch	Akutes Koronarsyndrom, auch in der Vorge- schichte (Ruhe-EKG, Schmerzsymptomatik und Markerproteine) / Mindestens 90%ige Wahr- scheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (Alter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Belastungs-EKG nicht älter als drei Jahre) / Nicht-invasive bildgebende Verfahren (echokardiografische oder szintigrafische Ver- fahren) / Invasives bildgebendes Verfahren (Koronarangiografie)

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd.Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese		
14	Diagnose bekannt seit	JJJJ
15	Raucher	Ja / Nein
16	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen	Keine / Hypertonus / Herzinsuffizienz / Symptomatische Herzrhythmusstörungen / Herzinfarkt / Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstörung / Sonstige
Aktuelle Befunde		
17	Körpergröße	m
18	Körpergewicht	kg
19	Blutdruck	Wert in mmHg
20	Cholesterin, gesamt	Wert in mmol/l oder mg/dl / Nicht untersucht
21	LDL-Cholesterin	Wert in mmol/l oder mg/dl / Nicht untersucht
Relevante Ereignisse		
22	Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	Anzahl
23	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	Anzahl
24	Erfolgte koronartherapeutische Intervention	Keine / Percutane Intervention / Bypass-Operation
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
25	Diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
26	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
27	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
28	Nitrate	Ja / Nein
29	ACE-Hemmer	Ja / Nein
30	Kalzium-Antagonisten	Ja / Nein
31	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein
32	Sonstige diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd.Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Schulungen		
33	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
34	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
35	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	Ja / Nein
36	Zielvereinbarung Blutdruck	Aktuellen Blutdruckwert halten / senken
37	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
38	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
39	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd.Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname des Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
8	Krankenhaus-IK	Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
Anamnese		
10	Raucher	Ja / Nein
11	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen	Keine / Hypertonus / Herzinsuffizienz / Symptomatische Herzrhythmusstörungen / Herzinfarkt / Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstörung / Sonstige
Aktuelle Befunde		
12	Angina pectoris	Typisch: Grad I / II / III / IV / Atypisch / Nicht-anginöser Brustschmerz / Keine Schmerzsymptomatik
13	Herzinsuffizienz	Nein / Ja: -> NYHA I / II / III / IV
14	Blutdruck	Wert in mmHg
15	Cholesterin, gesamt	Wert in mmol/l oder mg/dl / Nicht untersucht
16	LDL-Cholesterin	Wert in mmol/l oder mg/dl / Nicht untersucht
Relevante Ereignisse		
17	Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK seit der letzten Dokumentation	Anzahl
18	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK seit der letzten Dokumentation	Anzahl
19	Akutes Koronarsyndrom seit der letzten Dokumentation	Ja / Nein
20	KHK-spezifische diagnostische und therapeutische Intervention seit der letzten Dokumentation	Keine / Koronarangiografie / Percutane Intervention / Bypass-Operation

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd.Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
21	Diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
22	Betablocker	Ja / Nein / Kontraindikation
23	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation
24	Nitrate	Ja / Nein
25	ACE-Hemmer	Ja / Nein
26	Kalzium-Antagonisten	Ja / Nein
27	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja / Nein
28	Sonstige aktuelle diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
Schulungen		
29	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
30	Empfohlene Schulung wahrgenommen (seit letzter Dokumentation)	Diabetes-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Hypertonie-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich INR-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Andere Schulungen: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
31	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	Ja / Nein
32	Zielvereinbarung Blutdruck	Aktuellen Blutdruckwert halten / senken
33	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
34	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
35	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)



Anhang 3: Kurzdatensatz

Anlage 6b zu §§ 28b bis 28g der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) mit den Datensätzen, die die Krankenkasse erhält.

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd.Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
2	Name, Vorname des Versicherten	
3	Geb. am	TT.MM.JJJJ
4	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
5	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
6	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
7	Krankenhaus-IK	Nummer
8	Datum	TT.MM.JJJJ
Einschreibung		
9	Geschlecht	Männlich / Weiblich
10	Angina pectoris	Typisch: Grad I / II / III / IV / Atypisch / Nicht-anginöser Brustschmerz / Keine Schmerzsymptomatik
11	Belastungs-EKG: ST-Streckensenkung	Wert in mm / Nicht durchgeführt: Physikalisch nicht belastbar / Interpretation bei fehlender Darstellung der ST-Strecke im Ruhe-EKG nicht möglich / Kontraindikation liegt vor
12	Diagnose gesichert durch	Akutes Koronarsyndrom, auch in der Vorge- schichte (Ruhe-EKG, Schmerzsymptomatik und Markerproteine) / Mindestens 90%ige Wahr- scheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK (Alter, Geschlecht, Schmerzsymptomatik und Belastungs-EKG nicht älter als drei Jahre) / Nicht-invasives bildgebendes Verfahren (echokardiografische oder szintigrafische Verfahren) / Invasive bildgebende Verfahren (Koronarangiografie)
Anamnese		
13	Diagnose bekannt seit	JJJJ
14	Bekannte Begleit- oder Folgeerkrankungen	Keine / Hypertonus / Herzinsuffizienz / Symptomatische Herzrhythmusstörungen / Herzinfarkt / Diabetes mellitus / Fettstoff- wechselstörung / Sonstige

Koronare Herzkrankheit – Erstdokumentation		
Lfd.Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Relevante Ereignisse		
15	Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	Anzahl
16	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK in den letzten 12 Monaten	Anzahl
17	Erfolgte koronartherapeutische Intervention	Keine / Percutane Intervention / Bypass-Operation
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
18	Diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein
Schulungen		
19	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
20	Schulung bereits vor Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm wahrgenommen	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
21	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	Ja / Nein
22	Zielvereinbarung Blutdruck	Aktuellen Blutdruckwert halten / senken
23	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
24	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
25	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
2	Name, Vorname des Versicherten	
3	Geb. am	TT.MM.JJJJ
4	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
5	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
6	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
7	Krankenhaus-IK	Nummer
8	Datum	TT.MM.JJJJ
Anamnese		
9	Neu aufgetretene Begleit- oder Folgeerkrankungen	Keine / Hypertonus / Herzinsuffizienz / Symptomatische Herzrhythmusstörungen / Herzinfarkt / Diabetes mellitus / Fettstoffwechselstörung / Sonstige
Aktuelle Befunde		
10	Angina pectoris	Typisch: Grad I / II / III / IV / Atypisch / Nicht-anginöser Brustschmerz / Keine Schmerzsymptomatik
Relevante Ereignisse		
11	Stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK seit der letzten Dokumentation	Anzahl
12	Nicht-stationäre notfallmäßige Behandlung von KHK seit der letzten Dokumentation	Anzahl
13	Akutes Koronarsyndrom seit der letzten Dokumentation	Ja / Nein
14	KHK-spezifische diagnostische und therapeutische Intervention seit der letzten Dokumentation	Keine / Koronarangiografie / Percutane Intervention / Bypass-Operation
Behandlung		
Aktuelle Medikation		
15	Diagnosespezifische Medikation	Ja / Nein

Koronare Herzkrankheit – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Schulungen		
16	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie-Schulung / INR-Schulung / Andere Schulungen / Keine
17	Empfohlene Schulung wahr- genommen (seit letzter Dokumentation)	Diabetes-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Hypertonie-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich INR-Schulung: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Andere Schulungen: Ja / Nein / War aktuell nicht möglich Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung und vereinbarte Ziele		
18	Aufgabe des Tabakkonsums empfohlen	Ja / Nein
19	Zielvereinbarung Blutdruck	Aktuellen Blutdruckwert halten / senken
20	KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung veranlasst	Ja / Nein
21	Dokumentationsintervall	Quartalsweise / Jedes zweite Quartal
22	Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung	TT.MM.JJJJ (Optionales Feld)

Anhang 4: Unterlagen im Behandlungsprogramm

Teilnahmeerklärung Arzt

Anlage 5 – Teilnahmeerklärung Vertragsarzt gemäß § 5 des DMP-Vertrages

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Disease Management Programm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Ich bin umfassend über die Ziele und die Inhalte des Disease-Management-Programms (DMP) KHK informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundeliegenden Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Das dazugehörige Praxis-manual und den Vertrag habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP KHK im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung MV und den vertragsabschließenden Krankenkassen MV nehme ich teil.
(Bitte im folgenden ein Feld ankreuzen!)

1. Ich möchte als **koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen.

oder
2. Ich möchte als **Facharzt gemäß § 4** teilnehmen.

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

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

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund DMP, dass ich

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

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meines Namens in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP KHK“,
- der Weitergabe des Verzeichnisses „Teilnehmende Vertragsärzte am DMP KHK“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten sowie
- der Evaluation der Dokumentationsbögen und Verwendung der Dokumentationsbögen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden.

Mir ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Vertragsärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Hiermit genehmige ich gleichzeitig den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag vom 01.09.2003 zwischen

der Datenstelle

dmp-Datenstelle Mecklenburg-Vorpommern, Postfach 100344, 96055 Bamberg, Tel. 09 51 / 7 00 60 60

der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V - Mecklenburg-Vorpommern

Geschäftsstelle: AOK Mecklenburg-Vorpommern, Am Grünen Tal 50, 19063 Schwerin

und den **vertragsabschließenden Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommern.**

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt (zukünftig im Internet und bei der KV MV) zu informieren.

Im Vertrag beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
2. fehlende, unvollständige oder inplausible Dokumentationen nachzufordern,
3. die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten 6a der RSAV und die Anonymisierung des Arztbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten 6b mit Ausnahme der Zeilen 1 - 12 der Dokumentationsdaten 6b der Erstdokumentation i. S. d. § 28f Abs. 2 RSAV durchzuführen,
4. die Trennung der Dokumentationen in die Datensätze 6a und 6b (entsprechend den Anlagen 6a und 6b der RSAV) durchzuführen,
5. die Dokumentationsdaten 6a und 6b an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

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

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Teilnahmeantrag für Krankenhäuser

Anlage 4a – Teilnahmeantrag für Krankenhäuser gemäß § 4a des DMP-Vertrages

Antrag

Das XX-Krankenhaus
 Straße
 Ort

- im folgenden Krankenhaus genannt -
 vertreten durch
 gibt folgende Erklärung ab:

Erklärung

Das Krankenhaus ist bereit, an dem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137 f SGB V KHK teilzunehmen und erfüllt folgende Voraussetzungen zur Behandlung von Patienten, die an Koronarer Herzkrankheit leiden:

1. Leistungsprofil

Eine bettenführende internistische Abteilung mit kardiologischem Leistungsprofil ja nein

Erläuterungen zum Leistungsprofil:

Summe der im Jahr 2003 stationär behandelten Patienten mit KHK-Hauptdiagnose

Durchschnittlich belegte Betten in 2003 mit Patienten mit KHK Hauptdiagnose auf der bettenführenden internistischen Abteilung mit kardiologischem Leistungsprofil

Mindestens zwei intensivmedizinische Betten mit entsprechender Aufteilung zur Behandlung bei Koronaren Herzkrankheiten ja nein

2. Personelle Voraussetzungen:

2.1. Ärztliches Personal

Möglichkeit der ständigen Erreichbarkeit mindestens eines Facharztes für Innere Medizin mit Erfahrung in der Versorgung von kardiovaskulären und kardiopulmonalen Notfällen ja nein

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Kardiologen ja nein

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Facharztes für Neurologie ja nein

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Radiologen ja nein

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Facharztes für Psychotherapeutische Medizin
oder

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines psychologischen Psychotherapeuten
oder

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Psychiaters
oder

Möglichkeit der ständigen konsiliarischen Einbeziehung eines Arztes mit der
Zusatzbezeichnung Psychotherapeut ja nein

2.2. Nichtärztliches Personal

Ausgebildetes Personal für die Betreuung von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit
und mit der Befähigung zur Durchführung der EKG-Diagnostik ja nein

Ausgebildetes Personal für die Durchführung von mobilisierender Krankengymnastik
und Atemgymnastik ja nein

3. Räumliche Voraussetzungen und Ausstattung

3.1. Diagnostik und Monitoring

Linksherzkathetermessplatz (Linksherzkatheteruntersuchungen, therapeutische Katheterintervention
unter Beachtung der Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung
invasiver kardiologischer Leistungen vom 03.09.1999)¹ ja nein

Qualitätsgesicherte Blutdruckmessung ja nein

Qualitätsgesicherte 24-Stunden-Blutdruckmessung ja nein

Qualitätsgesicherte EKG-Durchführung und Befundung ja nein

Qualitätsgesicherte Belastungs-EKG-Messung, mit ständiger Anwesenheit eines Arztes, die unter
Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie² (Leitlinie zur Ergometrie)
und der entsprechenden räumlichen und personellen Voraussetzungen durchgeführt wurde ja nein

• Ergometriegerät ja nein

• 12 Kanal EKG ja nein

¹ veröffentlicht Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 38, 24. September 1999, A2384-2388

² Leitlinien zur Ergometrie. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H. J. Trappe und H. Löllgen: Z. Kardiol. 89(2000),821-837

- EKG Monitoring ja nein

- Defibrillator ja nein

- Notfallausrüstung zur Intubation (Ambubeutel, Laryngoskop, Endotrachealtubus Führungsstab, Magill-Zange) ja nein

- Geräte zur Infusionstherapie (Infusionslösungen, (NaCl, Glukose), InfusionsBestecke) ja nein

- Notfallmedikation ja nein

- Möglichkeit der O₂-Gabe per Nasensonde ja nein

3.2. Spezielle Qualitätsanforderungen

- Qualitätsgesicherte Echokardiographie unter Berücksichtigung der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie³ ja nein

- Nachweis der qualitätskontrollierten Methode zur Bestimmung von Labor-chemischen Parametern anhand eines Ringversuchszertifikats ja nein

- Möglichkeit zur ständigen Durchführung und Befundung der Röntgenuntersuchung des Thorax ja nein

- Mindestens einmal jährlich eine innerbetriebliche Fortbildung aller an der Versorgung Beteiligten über die jeweils aktuellen Inhalte der Anlage 5 der RSAV. ja nein

Die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 4 „Strukturqualität Krankenhaus“ des DMP-Vertrags KHK sind erfüllt. Die entsprechenden Nachweise für die oben gemachten Angaben sind dem Antrag als Anlage beigefügt.

Wir sind damit einverstanden, dass die nachzuweisenden Voraussetzungen bei Antrag auf Teilnahme und nachfolgend alle 24 Monate von den Krankenkassen /-verbänden überprüft werden.

Wir haben den DMP-Vertrag KHK vom xx.xx.xxxx zustimmend zur Kenntnis genommen und werden diesen nach der positiven Bescheidung des Antrages allen an der Durchführung des DMP beteiligten Mitarbeitern bekannt geben.

Das Krankenhaus stellt sicher, dass alle vertraglichen Pflichten zum Wohle der betroffenen Patienten erfüllt werden.

Mit dieser Erklärung verpflichten wir uns zur Einhaltung der Strukturqualität gemäß Anlage 4 „Strukturqualität Krankenhaus“ des DMP-Vertrags KHK, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß Anlage 5 der RSAV.

Wir bestätigen die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und werden Änderungen gegenüber den Krankenkassen /-verbänden unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Vertretungsberechtigte des Krankenhauses

³ Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung Z. Kardiol 86: 387-403 (1997)

Behandlungsübersicht koronare Herzkrankheit

Empfehlungen zur Festlegung der Dokumentationsintervalle

Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal	Dokumentationsintervall jedes Quartal	
KHK-Patienten ▶ seit mehr als 12 Monaten beschwerdefrei und/oder mit ▶ relevanten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie), ausreichend eingestellt oder ▶ mit zusätzlicher Herzinsuffizienz NYHA I	KHK-Patienten mit ▶ Z.n. Infarkt und/oder Z.n. kardialem Ereignis, Interventionen, Operationen vor 6-12 Monaten und seither beschwerdefrei und/oder ▶ stabiler Medikation seit 6-12 Monaten beschwerdefrei und/oder ▶ relevanten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie), ausreichend eingestellt oder mit zusätzlicher Herzinsuffizienz NYHA II	KHK-Patienten mit ▶ Erstdiagnose KHK in den letzten 6 Monaten ▶ Angina pectoris (typisch oder atypisch) Beschwerden in den letzten 6 Monaten und/oder KHK-Patienten mit ▶ kardialem Ereignis in den letzten 6 Monaten und/oder ▶ medikamentöser Neueinstellung in den letzten 6 Monaten und/oder ▶ nicht ausreichend eingestellten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie) und/oder ▶ Z.n. kardialen Interventionen/ Operationen in den letzten 6 Monaten und/oder ▶ Herzinsuffizienz NYHA III u. IV

Therapieziele

Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina-pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität der Betroffenen vermindert. Die Therapie dient daher

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

Empfehlungen zur medikamentösen Therapie

Vorrangig sollten - 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 genannten Therapieziele in randomisierten und kontrollierten Studien nachgewiesen wurden. Sofern in 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 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-Antagonisten¹ – empfohlen.
3. Für die antianginöse Behandlung der chronischen KHK sind bei absoluten Kontraindikationen für Betablocker (z.B. bei Asthma bronchiale, höhergradigem AV-Block) Nitrate und/oder Kalzium-Antagonisten zu erwägen.
4. Für die Therapie der chronischen KHK sollten HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine) erwogen werden, für die eine morbiditäts- und mortalitätssenkende Wirkung nachgewiesen ist. Insbesondere ist der Nutzen für folgende Wirkstoffe in RCT's belegt: Pravastatin, Simvastatin.
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.
6. Grundsätzlich sollen alle Patienten mit chronischer KHK unter Beachtung der Kontraindikationen und/oder Unverträglichkeiten Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

¹ Die Anwendung von kurzwirkenden Kalzium-Antagonisten vom Dihydropyridin-Typ sollte vermieden werden.

Kooperation der Versorgungsebenen

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. Klappenvitien),
- ▶ Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie,
- ▶ Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
- ▶ Rehabilitation,

- ▶ psychiatrische/psychotherapeutische Mitbehandlung,
- ▶ Schulung von Patienten.

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

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.

Merklblatt Patient

Strukturiertes Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine Erkrankung der Herzkranzgefäße diagnostiziert. Im Rahmen eines speziellen Behandlungsprogramms wollen wir Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen fertig zu werden und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende Betreuung. Deshalb sollten Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen nutzen.

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieses Behandlungsprogramms. Sie werden durch intensive Beratung, Zugang zu qualifizierten Schulungen 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, dass

- der koordinierende Arzt sich vergewissert, dass die Diagnose Koronare Herzkrankheit zweifelsfrei gesichert ist,
- Sie von der Teilnahme am DMP unter medizinischen Aspekten profitieren können,
- Ihre Behandlung auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgt,
- Ihr Herzinfarktrisiko gesenkt und die Entwicklung von Herzbeschwerden vermieden wird,
- Ihre Belastungsfähigkeit erhalten bleibt und
- alle an Ihrer Therapie beteiligten Spezialisten reibungslos zusammenarbeiten.

Dieses Behandlungsprogramm, was auch Disease-Management-Programm genannt wird, basiert auf gesetzlichen Grundlagen, die gemeinsam von Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erarbeitet wurden. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen, die regelmäßig von einer neutralen Stelle überprüft werden.

Die medizinische Behandlung

Im Rahmen des Programms sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in dem Programm auch Wirkstoffe zur Blutdrucksenkung, zur Behandlung von erhöhten Blutfettwerten und zur Blutverdünnung genannt, die vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören beispielsweise:

- Betablocker ggf. in Kombination mit Nitraten und/oder Kalium-Antagonisten (Blutdrucksenker)
- ACE-Hemmer (Blutdrucksenker, Therapie der Herzschwäche)
- Statine (Blutfettsenker)
- Thrombozytenaggregationshemmer (Gerinnungshemmer)

Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung ist, dass dieser Arzt seine Teilnahme am DMP erklärt hat. Leiden Sie an mehreren Krankheiten (z. B. Koronare Herzkrankheit und Diabetes) können Sie gleichzeitig an mehreren Programmen teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Verlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Darüber hinaus übernimmt Ihr Arzt die nötige Abstimmung mit anderen kardiologisch qualifizierten Fachärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und sorgt dafür, dass alle Spezialisten reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob Sie eine Behandlung durch weitere qualifizierte Spezialisten benötigen.

Dokumentationen verschaffen Ihnen Transparenz über Ihre Behandlung

Im Rahmen des Behandlungsprogramms führt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig einen ausführlichen Dokumentationsbogen mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten aus, der von Ihrem Arzt unterschrieben wird. Damit sichergestellt ist, dass Sie einen Überblick über Ihren Krankheitsverlauf haben, erhalten Sie von jeder Dokumentation eine Kopie oder einen Ausdruck für Ihre Unterlagen. Die Dokumentation übermittelt Ihr Arzt an die Krankenkasse und zur wissenschaftlichen Auswertung an eine gemeinsam von Krankenkassen und Ärzten getragene unabhängige Stelle. Die Auswertungen und Analysen sind Grundlage für zukünftige Verbesserungen der Therapie von Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Vor der Weiterleitung von Daten hat der Gesetzgeber eine ausführliche Information hinsichtlich des Datenschutzes der Programmteilnehmer vorgesehen. Diese schriftliche Information erhalten Sie mit der Teilnahmeerklärung. Sie muss gesondert unterschrieben werden.

Möchten Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen – z. B. wenn ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt – werden Sie gegebenenfalls von der Krankenkasse in dieser Region betreut.

Patientenschulungen

Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen, in der Sie lernen, Ihr Leben und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Dabei geht es z. B. um die Blutdruck-Selbstkontrolle, die Interpretation der Werte und die richtigen Folgerungen aus den Messungen.

Was Ihre Krankenkasse für Sie tut!

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationsmaterialien zur Diagnose und zum Programmablauf sowie auf Wunsch auch im Rahmen von persönlichen Gesprächen. Darüber hinaus bietet sie Ihnen kassenspezifische Serviceangebote an.

Wann können Sie teilnehmen?

Voraussetzungen für Ihre Teilnahme sind:

- Sie sind bei einer Krankenkasse, die dieses Programm anbietet, versichert,
- Ihre koronare Herzkrankheit ist eindeutig diagnostiziert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung. Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder in den Geschäftsstellen der Krankenkassen.

Ihre Teilnahme am Programm 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. Der Gesetzgeber sieht ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Programm vor, wenn Sie innerhalb von zwölf Monaten zwei Schulungen ohne plausible Begründung oder wenn Sie innerhalb von 1 Jahren 2 Nachsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen haben. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse schnellstens. Ihre **aktive Teilnahme** ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung.

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

Datenschutzinformation Patient

Erläuterung zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Menschen, die an einer oder mehreren bestimmten chronischen Erkrankungen leiden. Die Behandlungsprogramme basieren auf wissenschaftlichen Grundlagen, die gemeinsam von Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erarbeitet wurden. Sie werden regelmäßig überprüft, um sicherzustellen, dass die Art und Weise der Behandlung für Ihre Erkrankung zu Rate steht oder bestimmte Werte öfter überprüft, als es in der Vergangenheit üblich war, geschieht ist.

Außerdem bieten die Programme Schulungen für Sie an. Hier lernen Sie, wie Sie Ihre Erkrankung/ihren Erkrankungen am besten angehen, dass Ihre Lebensqualität so weit wie möglich verbessert wird. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Aufgabe zur Durchführung dieser Programme übertragen. Das heißt sie müssen sicherstellen, dass das jeweilige Programm mit allen seinen Inhalten korrekt durchgeführt wird. Dabei benötigt die Krankenkasse einen Teil der personenbezogenen Daten, die Ihr Arzt/ Ihre Ärztin im Rahmen des Behandlungsprogramms von Ihnen erhält.

Außerdem werden zur Überprüfung der Wirksamkeit und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Programme krankheitsbezogene Daten erhoben und extern wissenschaftlich ausgewertet.

Zu dieser wissenschaftlichen Begleitung gehört auch, dass die Qualität der Programme bewertet wird, indem ein zufällig ausgewählter Teil der eingeschriebenen Versicherer hinsichtlich der Lebensqualität und Zufriedenheit befragt wird.

Warum sollten Sie an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen?

Diese Programme stellen sicher, dass Sie nach neuesten medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnissen versorgt werden und die Zusammenarbeit der Ärzte optimiert wird. Mit diesen strukturierten Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Teilnahme an strukturierten Programmen ist freiwillig und kostenlos. Die Teilnahme ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

Was passiert mit den krankheitsbezogenen Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erklären Sie an, dass die erforderlichen Daten mit Personenbezug von Ihrem zuständigen Arzt/Ihrem Arztin erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergegeben werden. Bei der Datenverarbeitung dieser Daten stellt die Krankenkasse sicher, dass die Daten ausschließlich für die Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und zur Qualitätssicherung verwendet werden. Die Daten werden für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie gegebenenfalls von der Krankenkasse in dieser Region im Programm betreut und die Daten von dort ebenfalls vorgeschriebenen Stellen angeschlossen und verarbeitet.

Die in diesen Programmen erfassten Informationen werden zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet. Um den Datenschutz sicherzustellen, wird mit großer Auswertung gewährleistet, dass niemand erfahren kann, zu welcher Person diese Daten gehören – die Daten werden mit verschiedenen Namen versehen (pseudonymisiert). Die wissenschaftliche Auswertung überprüft, ob und wie das Programm sich den beteiligten Ärzten/Wissenschaftlern und Patienten/Patientinnen angeschlossen wird und ob es sich auf die Qualität der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.

Wohin werden die Daten weitergeleitet?

Ihr Arzt / Ihre Ärztin

Die das Programm betreffenden Daten erhält Ihr Arzt in Form standardisierter Dokumentationsbögen an die Datenstelle weiter. Damit Ihr Arzt Ihre Daten weiterleiten darf, benötigt er von Ihnen eine einmalige schriftliche Einwilligung. Damit Sie wissen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet, erhalten Sie eine Kopie oder einen Ausdruck der Dokumentation. Die Daten, die an die Krankenkasse weitergeleitet werden, sind zudem geschützt gekennzeichnet.

Die beauftragte Datenstelle

Die Datenstelle wird durch Ihren Arzt, die Krankenkasse und die Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und Kaiserärztlicher Vereinigung beauftragt. Sie kontrolliert das ordnungsgemäße Ausfüllen der Dokumentationsbögen und leitet die Daten an die Krankenkasse. Die Krankenkasse überträgt diese Daten an die Gemeinsame Einrichtung weiter.

Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass unter Beachtung strenger Sicherheitsvorschriften nur speziell für das Programm ausgewählte und dafür besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten haben.

Ihre Krankenkasse

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt/Ihrem Arztin gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z.B. Krankheitsdiagnosen) zusammen. Die Krankenkasse nutzt diese Daten für ihre reguläre Versorgung. Sie erhalten für gleiche Informationsmöglichkeiten.

Das Datenzentrum Ihrer Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich, sie sind nur speziell für das Programm ausgewählte und dafür besonders geschulte Krankenkassenmitarbeitern zugänglich.

Ihre externe Institution wird mit der wissenschaftlichen Bewertung (Evaluation) des jeweiligen Programms beauftragt. Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der subjektiven Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer.

Falls Sie zu den Teilnehmern gehören, die vom auswärtigen Institut zur Lebensqualität und Zufriedenheit befragt worden sollen, wird die Krankenkasse Ihnen die Fragen zuweisen.

Die Gemeinsame Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung erhält ausschließlich pseudonymisierte Daten, also Daten ohne Bezug zu Ihrer Person. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Menschen an werden hier nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob die Durchführung des Behandlungsprogramms die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Für diese wissenschaftliche Auswertung werden nur pseudonymisierte Daten, also Daten ohne Bezug auf Personen, verwendet. Ihr Arzt/Ihre Ärztin erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

Zudem werden die Daten aus der Gemeinsamen Einrichtung sowie aus dem DMP Datenzentrum der Krankenkasse für strukturierte Behandlungsprogramme von einem externen Institut in pseudonymisierter Form ausgewertet. Diese Ergebnisse werden veröffentlicht und öffentlich zum Nutzen der Mitglieder Ihrer Krankenkasse oder im Internet.

Anhang 5: Häufig gestellte Fragen

Wie DMPs entstehen und funktionieren

Was ist Disease Management?

Disease-Management-Programme (DMP) werden auch als strukturierte Programme oder als qualitätsgesicherte Programme bezeichnet.

Ursprünglich wurde dieser Begriff in den USA geprägt und beinhaltet den strukturierten Umgang mit der Erkrankung unter Einbeziehung aller an der Behandlung Beteiligten.

In Deutschland wurden die Programme 2002 eingeführt. Ziel ist es, die Versorgung von chronisch Kranken zu verbessern. Denn im Gegensatz zu einer hervorragenden Akutversorgung kann die Betreuung chronisch Kranker in Deutschland im internationalen Vergleich noch verbessert werden. Das hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur medizinischen Über-, Unter- und Fehlversorgung von 2001 festgestellt und deshalb die Einführung spezieller Programme für chronisch Kranke empfohlen.

Komplikationen und Folgeerkrankungen chronischer Krankheiten sollen durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung vermieden oder in ihrem Zeitpunkt des Auftretens verzögert werden.

Wie funktionieren DMPs?

Ein Patient kann sich in ein Programm eintragen, wenn er die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, wenn seine Krankenkasse ein DMP für die vorliegende Krankheit anbietet und wenn der von ihm gewählte Arzt an dem Programm teilnimmt. Der Patient unterschreibt die Teilnahmeerklärung und seine Einwilligung zur Datenweitergabe. Diese Dokumente und die ausgefüllte Erstdokumentation werden vom Arzt an die entsprechende Datenstelle weitergeleitet. Der Patient hat sich für seine Erkrankung auf einen koordinierenden Vertragsarzt festgelegt, der nun für die weiteren Folgedokumentationen, aber auch für die krankheitsbezogenen Über- und Einweisungen verantwortlich ist. Der Verlauf der Behandlung und die Therapieziele werden zwischen Arzt und Patienten abgestimmt, regelmäßige Folgetermine und – bei Bedarf – Schulungen vereinbart. Die Dokumentation dient auch der Qualitätssicherung. Die Aufwendungen für Koordinierung, Dokumentation und Schulung werden dem Arzt extrabudgetär vergütet. Die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ist für Patient und Arzt freiwillig.

Für welche Krankheitsbilder gibt es DMPs?

2002 wurden von der Gemeinsamen Selbstverwaltung (Ärzte und Krankenkassen) vier Diagnosen für die Entwicklung von DMPs vorgeschlagen. Ausgewählt wurden:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2,
- Asthma/COPD (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen),
- Brustkrebs und
- Koronare Herzkrankheit (KHK).

Derzeit existieren sogenannte Rechtsverordnungen für die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs und Koronare Herzkrankheit. Geplant sind weitere Disease-Management-Programme für Patienten mit Asthma und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen.

Was ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V und welche Rolle spielt er bei der Entstehung von DMPs?

Der Gemeinsame Bundesausschuss entstand im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes. Er ersetzt ab Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Damit übernimmt er auch die Rechtsnachfolge des seit 2001 bestehenden Koordinierungsausschusses und spielt eine zentrale Rolle bei der Entwicklung von DMPs.

Der Gemeinsame Bundesausschuss in der Besetzung als Koordinierungskammer (9 Vertreter der GKV, 4 Vertreter der DKG, 5 Vertreter der KBV und 3 Neutrale) empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) Diagnosen, für die DMPs entwickelt werden sollen, und erarbeitet Empfehlungen zu den Anforderungen an diese Programme. Patientenvertreter sind in den Beratungsprozess einzubeziehen.

Ergebnis der Tätigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Empfehlungen zu den Anforderungen an DMPs. Das BMGS setzt diese Anforderungen per Verordnung um. Auf dieser Grundlage können die Krankenkassen ihre strukturierten Behandlungsprogramme beim Bundesversicherungsamt (BVA) zur Zulassung einreichen.

Wie entstehen die Empfehlungen für die medizinischen Anforderungen an DMPs?

Der Unterausschuss DMP stellt die Fachebene im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 SGB V dar. Er beruft Fachexperten für die jeweiligen Diagnosen, die die medizinischen Anforderungen an das DMP empfehlen.

Was ist evidenzbasierte Medizin (ebM)?

Das Gesetz (§ 137 f Sozialgesetzbuch V) fordert eine Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors.

Die allgemein anerkannte Definition von evidenzbasierter Medizin stammt von Sackett: „EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der ebM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“

EbM bildet eine Methode, um die individuelle, klinische Erfahrung der Ärzte und die Präferenzen der Patienten mit der wissenschaftlichen Evidenz klinisch relevanter Forschung zu vereinen.

Welche Rolle spielen die Krankenkassen im DMP?

Die Kassen bieten ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme an. Im Mittelpunkt steht die kontinuierliche und strukturierte Behandlung der Patienten. Hierzu schließen die Krankenkassen Verträge mit Ärzten (meist den Kassenärztlichen Vereinigungen). Ein dem Patienten vertrauter Arzt übernimmt die Rolle des Koordinators. Er ist gewissermaßen der Lotse für alle diagnosebezogenen Behandlungsschritte.

Die Verträge sind in der Regel kassenartenübergreifend. Die Kassen haben die Möglichkeit, ihren Teilnehmern zusätzliche Serviceleistungen zu bieten. Das sind z. B. umfangreiche Informationen, die es den Patienten ermöglichen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und den Verlauf im Rahmen des Möglichen günstig zu beeinflussen.

Das Ziel der strukturierten Behandlungsprogramme ist eine qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung für chronisch kranke Menschen.

Was ist das Besondere an der Versorgung im DMP?

Anders als in der Regelversorgung werden Patienten im DMP regelmäßig bezüglich ihrer chronischen Erkrankung untersucht und systematisch dokumentiert. Das gilt auch, wenn es den Patienten gut geht. Sollten Komplikationen auftreten, ist die Weiterleitung an besonders qualifizierte Ärzte oder Einrichtungen vorgesehen. Disease-Management-Programme greifen nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Das heißt: Patienten, die sich gegen die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm entscheiden, erhalten grundsätzlich die im Leistungskatalog der GKV vorgeschriebenen Leistungen.

Kann der Patient jeden Arzt als koordinierenden Vertragsarzt wählen?

Die freie Arztwahl bleibt weiterhin unangetastet.

Aufgrund der Dauer und der Komplexität der Erkrankung ist es erforderlich, einen koordinierenden Vertragsarzt zu wählen. Die Patienten können diesen Arzt aber ohne Angabe von Gründen wechseln. Die freie Arztwahl bleibt im DMP erhalten, da die Patienten

- unter den am DMP teilnehmenden Ärzten jederzeit wechseln können, ohne das Disease-Management-Programm verlassen zu müssen;
- auch andere Ärzte neben ihrem koordinierenden Vertragsarzt aufsuchen können.

Was passiert, wenn der Patient wegen seiner DMP-Erkrankung einen anderen Arzt aufsucht?

Solche Konsultationen sind natürlich möglich, laufen aber außerhalb des DMP, solange der Patient nicht einen Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes beschließt.

Können sich Patienten mit mehreren Diagnosen in mehrere DMPs einschreiben?

Es gibt keine grundsätzliche Beschränkung der Teilnahme auf nur ein Programm. Die Koordination der Behandlung sollte aber in der Hand eines Arztes liegen (Ein-Arzt-Prinzip). Der Patient muss sich daher für einen koordinierenden Vertragsarzt entscheiden. Das ist in der

Regel der Hausarzt. Ihm obliegt die Betreuung des Patienten und die Abstimmung der Behandlungsprozesse in den jeweiligen Programmen. Eine Ausnahme vom „Ein-Arzt-Prinzip“ gilt zurzeit für das DMP Brustkrebs.

Wie werden die Daten im DMP übermittelt?

Die Datenübermittlung erfolgt in Papierform durch den postalischen Versand der entsprechenden Formulare und Dokumentationsbögen an die vertraglich vereinbarte Datenstelle.

Hinweise zu den Dokumentations- und Versandfristen finden Sie in den Ausfüllanleitungen Ihres Praxismanuals.

Welche Daten werden erfasst?

Nach Absprache der Verhandlungspartner werden aus jedem Dokumentationsbogen zwei unterschiedliche Datensätze generiert – der sogenannte Kurzdatensatz für die Krankenkassen und der Langdatensatz, der von der Gemeinsamen Einrichtung der Vertragspartner weiterverarbeitet wird.

Die Krankenkassen erhalten mit einer Teildokumentation (Kurzdatensatz) nur die Daten, die sie für die Wahrung ihrer gesetzlich geregelten Aufgaben bei der Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen benötigen. Das sind z. B. die Daten für die Diagnosesicherung sowie – in begrenztem Umfang – medizinische Angaben, die für die Betreuung der Versicherten wichtig sind.

Nur die Volldokumentation (Langdatensatz) enthält detaillierte Befunde. Die Daten der Volldokumentation gehen pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung der Vertragspartner und bilden die Basis für die medizinische Qualitätssicherung.

Die konkrete Ausgestaltung der Qualitätssicherung wird zwischen Krankenkassen und Ärzten verhandelt und ist Bestandteil jedes DMP-Vertrages.

Wie werden die Daten von Patienten und Ärzten geschützt?

Die Krankenkassen müssen sich bei der Datenerhebung an gesetzliche Datenschutzvorgaben halten. Der Patient willigt mit der Einschreibung in das Programm in die Übermittlung seiner Daten an die entsprechenden Stellen ein. Er muss über die weitergeleiteten Daten informiert werden. Die Krankenkassen erhalten nur die Daten, die für eine Durchführung der Programme unbedingt notwendig sind.

Wo können Ärzte Formulare und Unterlagen für DMPs beziehen?

Die Formulare und Unterlagen für DMPs sind über die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Formularausgabestelle der KV MV in Schwerin

Tel.: 0385 - 7431 351

eMail: iv@kvmv.de

bzw. Ihrer Kreisstelle

zu beziehen.

Wie sind Praxisgebühr und Zuzahlungen für Patienten im DMP geregelt?

Krankenkassen können für Teilnehmer an den DMPs Bonusregelungen vereinbaren. Diese Regelungen betreffen Praxisgebühr und/oder Zuzahlungen und werden von der jeweiligen Kasse getroffen.

Was haben DMPs mit dem Risikostrukturausgleich zu tun?

Mit den Disease-Management-Programmen erfolgt im RSA erstmals ein Transfer, der die Morbidität, d.h. die Dauer und Schwere einer Erkrankung, berücksichtigt.

Jeder Versicherte, der an einer der vom Bundesgesundheitsministerium ausgewählten chronischen Krankheiten leidet und sich in ein Disease-Management-Programm einschreibt, wird für die jeweilige Krankenkasse gesondert im RSA berücksichtigt.

Das DMP Koronare Herzkrankheit

Was sind die Ziele eines DMP KHK?

Ziel der Disease-Management-Programme ist die Optimierung der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch verbesserte Kontinuität der Betreuung und strukturierte Koordination der Behandlungsabläufe.

Ziele des DMP Koronare Herzkrankheit sind insbesondere

- die Reduktion der Sterblichkeit,
- Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit des Patienten.

Wie können Ärzte am DMP KHK teilnehmen?

Wenn Sie sich für die Teilnahme am DMP interessieren, können Sie eine Teilnahmeerklärung bei Ihrer KV MV erhalten.

Sofern Sie die Voraussetzungen für die Teilnahme erfüllen, erhalten Sie eine Bestätigung von der KV MV, dass Sie an dem Programm teilnehmen und die im Vertrag vereinbarten Leistungen abrechnen können. Nähere Informationen finden Sie in der Anlage „Strukturqualität“ des DMP-Vertrages.

Wer ist für die Patientenschulungen im DMP zuständig?

Schulungs- und Behandlungsprogramme sind fester Bestandteil der DMPs. Die Durchführung der Schulungen erfordert eine besondere Qualifikation des Arztes und des nichtärztlichen Personals für das jeweilige Schulungsprogramm. Die hierfür notwendigen Fortbildungsmaßnahmen bietet in der Regel die zuständige KV an. Die Kriterien der Qualifikation und die Modalitäten der Abrechnung für Patientenschulungen sind im DMP-Vertrag zwischen Kassen und KV MV geregelt.

Der Arzt entscheidet zusammen mit dem Patienten, welche Schulungen im Einzelfall sinnvoll sind. Für Patienten mit koronarer Herzkrankheit können im Rahmen des Behandlungsprogramms

- das Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie und
- das Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HPSB) zur Anwendung kommen.

Kontaktadressen und Informationen über Schulungsprogramme erhalten Sie bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.

Welche Patienten kommen für das DMP KHK in Frage?

Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit (KHK) können in das DMP eingeschrieben werden, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- akutes Koronarsyndrom in der Vorgeschichte
- aus Symptomatik, klinischer Untersuchung, Anamnese, Begleiterkrankungen und Belastungs-EKG belegbare 90%ige Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer KHK
- andere nicht invasive Methoden, sofern ein Belastungs-EKG nicht durchführbar oder auswertbar ist
- Nachweis aus Koronarangiografie

Die in der RSAV hinterlegten Kriterien zur Einschreibung (s. u.) dienen der Sicherstellung der berechtigten Einschreibung der Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit in ein Disease-Management-Programm.

Sie sollten aus den Ihnen vorliegenden medizinischen Befunden abgeleitet werden können. Die Einleitung einer Diagnostik nur zur Ermöglichung einer Teilnahme der Patienten am DMP soll nicht erfolgen.

Welche Medikamente werden für KHK-Patienten im DMP empfohlen?

Die Rechtsverordnung zum DMP Koronare Herzkrankheit empfiehlt vorrangig Medikamente, bei denen Wirksamkeit und Sicherheit der Wirkstoffe in prospektiven randomisierten Langzeit-Studien belegt wurden. Der Einsatz anderer Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen ist unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen, individuellen Risiken und Kontraindikationen möglich. Der Patient muss darüber informiert werden, ob für diese Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen. Genaue Informationen finden Sie im Anhang 1 dieses Praxismanuals „Versorgungsinhalte im DMP Koronare Herzkrankheit“.

Wo gibt es Hilfestellung für das Ausfüllen der Dokumentation?

Die Praxismanuals der Programme enthalten detaillierte Ausfüllanleitungen für die Erst- und Folgedokumentation.

Wo erfahre ich, welche Ärzte, anderen Spezialisten und Einrichtungen an einem DMP teilnehmen?

Eine Liste aller am DMP teilnehmenden Ärzte, Spezialisten und Einrichtungen (Leistungserbringerverzeichnis) ist als Anlage zum jeweiligen DMP-Vertrag vereinbart und wird tagesaktuell erstellt. Die Informationen sind ebenfalls bei Ihrer KV MV verfügbar.

Wie ist die Teilnahme von Krankenhäusern am DMP geregelt?

Die DMPs sehen die Einbindung von Krankenhäusern im Rahmen der Kooperation der Versorgungsebenen vor.

Muss ich als teilnehmender Arzt Schulungen anbieten können?

Falls Sie die Schulungen nicht selbst durchführen möchten, können Sie Ihre Patienten zwecks Schulung überweisen. Adressen schulender Ärzte und Einrichtungen finden Sie im Verzeichnis der Vertragspartner.



Anhang 6: Hinweise zu strukturierten Schulungsprogrammen für Patienten mit koronarer Herzkrankheit

Laut Verordnungstext soll jeder Patient mit Koronarer Herzkrankheit Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Des Weiteren sollen die Patienten eine qualifizierte krankheitsspezifische Ernährungsberatung erhalten und über die besonderen Risiken des Rauchens für Patienten mit KHK informiert werden.

Der Schulungsstand ist zu berücksichtigen und der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme ist herzustellen.

Schulungsprogramme, die diese Anforderungen erfüllen, müssen vom Bundesversicherungsamt akkreditiert werden, bevor sie im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms angeboten werden können.

Welche Möglichkeiten bieten sich für Ihre Praxis bezüglich der Patientenschulung im Behandlungsprogramm?

Sie haben die Möglichkeit, die Schulung Ihrer Patienten selbst mit Ihrem Praxisteam durchzuführen. Aus der folgenden Aufstellung können Sie die Schulungsprogramme entnehmen, die im Rahmen des Behandlungsprogramms zur Anwendung kommen können. Um die Schulungen durchführen und abrechnen zu können, ist es notwendig, dass Sie und Ihre Praxismitarbeiter vorher erfolgreich an der jeweiligen Fortbildung, die zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, teilnehmen. Wie sich diese Fortbildung im Einzelnen gestaltet, erfahren Sie unter der jeweils angegebenen Kontaktadresse.

Für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit können folgende Schulungsprogramme im Behandlungsprogramm zur Anwendung kommen:

Patienten mit KHK und Hypertonie:

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
- Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

Kontaktadressen

- **Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie**

Kontaktadresse für weitere Informationen über das Schulungsprogramm (Curriculum und Schulungsmaterialien sowie Kosten) und über die Qualifikationsmaßnahmen für das ärztliche und nichtärztliche Personal, um die Schulungen durchführen zu können:

www.patientenschulungsprogramme.de

Bettina Krause
Zentralinstitut – Projektbüro für Schulungsprogramme
Höninger Weg 115
50969 Köln
Tel.: 0221 - 4005-101
Fax: 0221 - 4005-106

- **Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)**

Kontaktadresse für weitere Informationen über das Schulungsprogramm (Curriculum und Schulungsmaterialien sowie Kosten) und über die Qualifikationsmaßnahmen für das ärztliche und nichtärztliche Personal, um die Schulungen durchführen zu können:

Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki
St. Franziskus Hospital Köln
Innere Abteilung
Schönsteinstr. 63
50825 Köln
Tel.: 0221 - 5591-1101
Fax: 0221 - 5591-1103
E-Mail: Peter.Sawicki@t-online.de

Was gibt es für Möglichkeiten, wenn Sie Schulungen nicht in der eigenen Praxis anbieten möchten?

Falls Sie die Schulungen nicht selbst durchführen möchten, müssen Sie Ihre Patienten an einen anderen Leistungserbringer überweisen. Eine weitere Möglichkeit ist die Gründung eines Schulungsvereins, in dem sich mehrere Ärzte zusammenschließen und gemeinsam die Schulungen anbieten. Dadurch ist oftmals eine bessere Auslastung des Personals, eine bessere Zusammenstellung geeigneter Gruppen und somit eine höhere Effizienz zu erreichen. Die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung und -Bindung profitiert mehr als bei einer Überweisung zu einem anderen Leistungserbringer.

Anhang 7: Literatur, Internet, Kontakte

Grundlagen zum Disease-Management (Kapitel 5)

Im Text zitierte Literatur

1. Szathmary B.: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen: Disease und Case Management. Neuwied: Luchterland, 1999.
2. Bodenheimer T.: Disease management-promises and pitfalls. *N Engl J Med* 1999; 340(15): 1202-1205.
3. Szecsenyi J., Schneider A.: Zwischen Individualität und „evidence based medicine“ – die Rolle des Hausarztes im Rahmen der Disease-Management-Programme. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2003; in press.
4. Gerlach F., Szecsenyi J.: Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen, Herausforderungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99(10 Supplement): 20–25.
5. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E., Knight K., Hasselblad V., Gano A., Jr. et al.: Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness- which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325(7370): 925.
6. Renders CM., Valk GD., Griffin S., Wagner EH., Eijk JT., Assendelft WJ.: Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1): CD001481.
7. Sidorov J., Shull R., Tomcavage J., Girolami S., Lawton N., Harris R.: Does diabetes disease management save money and improve outcomes? A report of simultaneous short-term savings and quality improvement associated with a health maintenance organization-sponsored disease management program among patients fulfilling health employer data and information set criteria. *Diabetes Care* 2002; 25(4): 684-689.
8. Bey T. Managed Care in den USA: Übermacht der Versicherungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98(51/52): 3428-3430.
9. Kühn H.: Disease Management – Erfahrungen aus den USA. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2002; 78(4): 175-180.
10. Fairfield G., Hunter DJ., Mechanic D., Rosleff F.: Implications of managed care for health systems, clinicians, and patients. *BMJ* 1997; 314(7098): 1895–1898.
11. Vrijhoef HJM., Spreeuwenberg C., Eijkelberg IMJG, Wolffenbuttel BHR, van Merode GG.: Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *BMJ* 2001; 323(7319): 983-985.
12. Baumberger J.: Managed Care in Europa. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2000; 76(12): 587–591.
13. Schneider A., Szecsenyi J.: Disease-Management-Programme – Chance oder Bedrohung der allgemeinärztlichen Identität? *Z Allg Med* 2002; 78(9): 393–397.
14. Hunter DJ., Fairfield G.: Disease management. *BMJ* 1997; 315(7099): 50–53.

Weitere Informationen zur Rechtsverordnung in Deutschland

Gemeinsamer Bundesausschuss	www.g-ba.de
Bundesversicherungsamt	www.bva.de
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	www.bmgesundheit.de

Weitere Hintergrundinformation

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen	www.svr-gesundheit.de
AOK-Bundesverband	www.aok-bv.de
Gesetzliche Krankenkassen	www.g-k-v.com

Weiterführende Literatur zu Disease-Management und integrierter Versorgung

Szathmary, B.	Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen: Disease und Case Management. Luchterhand Verlag, Neuwied 1999
Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)	Schwerpunkt Disease-Management-Programme ZFA 2002, 78 (4), 170-193
Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)	Schwerpunkt Managed Care ZFA 2000, 76 (12), 581-617
Deutsches Ärzteblatt Supplement	Disease-Management-Programme im Rahmen der Reform des Risikostrukturausgleiches Deutsches Ärzteblatt 2002, 99 (10), Supplement
Universität Heidelberg – Allgemeinmedizin	Die nachfolgend aufgeführte und in diesem Überblick zitierte Literatur findet sich in Form von PDF-Dateien auf der Homepage der allgemeinenmedizinischen Abteilung der Universität Heidelberg http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de

Grundlagen zur evidenzbasierten Medizin (Kapitel 6)

Im Text zitierte Literatur

1. Sackett, D. L.; Rosenberg, W. C.; Muir Gray, J. A.; Haynes, R. B.; Richardson, W. S. : Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? In: Münchener Medizinische Wochenschrift, Heft 139/1997.
2. Duden, 1997.
3. Schmidt, S.: In: Schmidt, S.; Schmitz, A.: Evidence-based nursing – ein praxisrelevantes Konzept für die Pflege? 2001.
4. Perleth, M.; Raspe, H.: Evidenz-basierte Medizin: Möglichkeiten und Grenzen. In: Münchener medizinische Wochenschrift, Heft 140/1998.
5. Meurer, U.: Evidence-based medicine – die „beweisgestützte“ Medizin. In: f & w (Führen und Wirtschaften im Krankenhaus), Heft 2/1999.
6. Schlömer, G.: Evidence-based nursing. In: Pflege, Heft 13/2000.
7. Antes, G.; Spinner, D.M.: Aufbau, Ziele und Aktivitäten der Cochrane Collaboration (Übersetzung der englischsprachigen Broschüre „The Cochrane Collaboration“) unter: <http://www.cochrane.de>.
8. Deutsches EBM-Netzwerk: Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin. Die Ziele des EBM-Netzwerkes. Unter: <http://www.ebm-netzwerk.de/ziele.htm>.
9. Bucher, H.C.; Egger, M.; Schmidt, J.-G.; Antes, G.; Lengeler, C.: Evidence-based Medicine: ein Ansatz zu einer rationaleren Medizin. In: Schweiz. Ärztezeitung, Heft 77/1996.

Zu evidenzbasierter Medizin

1. Kunz, R.; Ollenschläger G. et al.: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln, Deutscher Ärzteverlag 2000.
2. Sackett, D.L.; Richardson, W.S. et al.: Evidenzbasierte Medizin. EbM-Umsetzung und Vermittlung. Deutsche Ausgabe von R. Kunz; L. Fritsche; Germering; Zuckschwerdt 1999.
3. Sackett, D.L.; Haynes R.B.; Guyatt, G.H.; Tugwell, P.: Clinical epidemiology. 2nd Edition, 1991; Little, Brown & Company.
4. Rosser, W.W. and Shafir, M.: Evidence based family medicine. 1998; B.C. Decker Inc.
5. Sackett, D.L.; Straus, S.E.; Richardson, W.S.; Rosenberg, W.; Haynes, B.R.: Evidence based medicine. 2nd Edition, 2000, Churchill Livingstone.
6. Bland, J.M.; Peacock, J.: Statistical questions in evidence based medicine. 3rd Edition, 2000, Oxford University Press.
7. Evans, D.; Haines, A.: Implementing evidence based changes in healthcare. 2000; Radcliffe Medical Press.
8. Wan, T.T.H.: Evidence based health care management. 2001; Kluwer Academic Pub.
9. Gray, J.A.: Evidence based health care. 2nd Edition, 2001; Churchill Livingstone.
10. Gross, R.A.: Decisions/evidence in medical practice. 2001; Mosby.
11. Katz, D.L.: Clinical epidemiology and evidence based medicine. 2001; Sage Publications Ltd.
12. Abrams, K.; Brazier, J. et al.: The advanced handbook of methods in evidence based health-care. 2nd Edition, 2001; Sage Publications Ltd.
13. Knottnerus, A.: The evidence base of clinical diagnosis. 2002; BMJ books.

Links zu EBM	
Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNEbM) e.V.	www.ebm-netzwerk.de
Deutsches Cochrane Zentrum	www.cochrane.de/deutsch

Weitere Literaturhinweise und Internetadressen

Links zu KHK	
Informationen für Laien und medizinisches Fachpersonal zum Thema Herzkrankheiten	www.theheart.de/
Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e.V. Deutsche Hypertonie Gesellschaft	www.paritaet.org/hochdruckliga/
Quarks und Co WDR-Fernsehen	www.quarks.de/herz/
Deutsche Herzstiftung	www.herzstiftung.de/index.php
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	www.dag-selbsthilfegruppen.de/text.html
BZGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimerstr. 220 51109 Köln Tel: 0221 - 892031 (Kampagne des BzGA)	www.bzga.de (www.rauchfrei-kampagne.de)
DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren Westring 2 59065 Hamm Tel 02381 - 90150	www.dhs.de
Deutsches Krebsforschungszentrum und AOK-Beratungsdienst zur Raucherentwöhnung Das Rauchertelefon Tel.: 06221 - 424200 wochentags 15.00 Uhr bis 19.00 Uhr	www.dkfz-heidelberg.de
DGE-MedienService Bornheimer Str. 33 b 53111 Bonn Telefon: 0228 - 90926-26 Telefax: 0228 - 90926-10 Email: info@dge-medien-service.de	www.dge-medien-service.de

Links zur AOK	
AOK Mecklenburg-Vorpommern	www.aok.de/mv
AOK-Bundesverband	www.aok-bv.de
AOK-Gesundheitspartner	www.aok-gesundheitspartner.de
Wissenschaftliches Institut der AOK	www.wido.de

Links zur BKK	
BKK-Landesverband NORD	www.BKK-Nord.de
Programmbeschreibung	www.BKK-medplus.de

Links zur IKK	
IKK Mecklenburg-Vorpommern	www.IKK.de

Kontaktadressen:

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Str. 22
 19057 Schwerin
 Tel.: 0385 - 7431 383, Ansprechpartnerin: Frau K. Holländer
 Fax: 0385 - 7431 222
 E-Mail: k.hollaender@kvmv.de

AOK Mecklenburg-Vorpommern

Die Gesundheitskasse.
 Am Grünen Tal 50
 19063 Schwerin
 Tel.: 0395 - 554 3333
 Fax: 0395 - 554 3519
 E-Mail: dmp@mv.aok.de

BKK-Landesverband NORD

Wendenstr. 279
 20537 Hamburg
 Tel.: 040 - 251505 0
 Fax: 040 - 251505 836
 E-Mail: dmp@bkk-nord.de

IKK Mecklenburg-Vorpommern

Fachteam DMP
 Greifstr. 107
 17033 Neubrandenburg
 Tel.: 0395 - 4509 160
 Fax: 0395 - 4509 152
 E-Mail: dmp-fachteam@m-v.ikk.de

Datenstelle

dmp-Datenstelle Mecklenburg-Vorpommern
 Postfach 100 344
 96055 Bamberg
 Hotline: 0951 - 7006060

Fachärzte für Innere Medizin (Kardiologie)

(Stand Juli 2004)

Rostock

Dr. Judith Kram	Rostocker Heide 1, 18055 Rostock, Tel.: 0381 - 4995012
PD Dr. med. habil. Hans-J. Nabel	Paulstr. 45-55, 18055 Rostock, Tel.: 0381 - 4561674
Dr. Frank Henschel	Wismarsche Str. 32, 18057 Rostock, Tel.: 0381 - 2004333
Dr. Jens Placke	Rigaer Str. 21, 18107 Rostock, Tel.: 0381 - 724357

Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg

Gemeinschaftspraxis Dr. Karsten Bunge, Dr. Jörg Seifert	Rahlstedter Str. 29, 19057 Schwerin, Tel.: 0385 - 5574501
Dr. Regina Löffler	Puschkinstr. 61-65, 19055 Schwerin, Tel.: 0385 - 569504
Dr. Elvira Reinke	Dreescher Markt 1, 19061 Schwerin, Tel.: 0385 - 598808
Dr. Stefan Plietzsch	Lübsche Str. 148, 23966 Wismar, Tel.: 03841 - 732955
Dr. G. Rüdiger Schoof	Mühlenstr. 22, 23966 Wismar, Tel.: 03841 - 20227

Greifswald/Ostpommern

Dr. Stefan Marbach	Wolgaster Str. 22, 17489 Greifswald, Tel.: 03834 - 512370
Dr. Bettina Koebe	Lange Reihe 89, 17489 Greifswald, Tel.: 03834 - 799031

Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz

Dr. Heinz Bleschke	An der Marienkirche, 17033 Neubrandenburg, Tel.: 0395 - 5442265
--------------------	--

Parchim

Dr. Andreas Knapp	Leninstr. 23, 19370 Parchim, Tel.: 03871 - 441650
Dr. Grit Nonnemann	Gartenstr. 2, 19089 Crivitz, Tel.: 03863 - 225272

Rügen

Dr. Volker Haberkorn Stralsunder Str. 16, 18528 Bergen, Tel.: 03838 -/ 22156

Uecker-Randow

Dr. Cornelia Weirich Wilhelmstr. 4, 17309 Pasewalk, Tel.: 03973 - 229724

Müritz

Dr. Ralf Hering Bahnhofstr. 17, 17192 Waren, Tel.: 03991 - 187096

Ludwigslust

Dipl.-Med. Hildegund Sprenger Kleine Wallstr. 2, 19258 Bolzenburg,
Tel.: 038847 - 33953

Niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin, welche die Teilgebietsbezeichnung „Kardiologie“ besitzen und diese jedoch nicht im Zulassungsstatus führen (Stand Juli 2004):

Dr. Gerd Berger Steinstr. 14, 19395 Plau am See, Tel.: 038735 - 44367

Dr. H.-Peter Lüdemann Eichkoppelweg 16, 19288 Ludwigslust,
Tel.: 03874 - 21575

Beide Ärzte sind in der fachärztlichen Versorgung tätig.

Krankenhäuser

Siehe Anlage 7 (Verzeichnis) gemäß des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach §137 f SGB V KHK zwischen der KV MV und den Krankenkassen.

Selbsthilfegruppen für die Bereiche Herz-Kreislauf und Schlaganfall

(Stand Juli 2004)

Stralsund

Schlaganfall Kontaktaufnahme über die KISS: 03831 - 29 26 45

Bluthochdruck Kontakt s.o.

Herz- Kreislauf Barth Kontakt s.o.

Neubrandenburg

Schlaganfall Ansprechpartner Ingeborg Wiedenhöft: 0395 - 36 99 964

Schwerin

Menschen nach Schlaganfall Ansprechpartner Bärbel Siefert: 03874- 22 733

Herz- Kreislauf- Risiko Kontaktaufnahme über KISS: 0385 - 39 24 333

Teterow

Herzgruppe Teterow 03996 - 17 30 23

Herzgruppe Bützow 038461 - 52 446

Schlaganfall Bützow 038461 - 24 58

Herzgruppen Güstrow 03843 - 33 42 80 oder 03843 - 68 10 52

Herzgruppe Lohmen 038735 - 88 378

Kontakt-, Informations- und Beratungsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS)

(Stand Juli 2004)

Selbsthilfekontaktstelle

Frau Ute Kammler

Goerdelerstr. 50

18069 Rostock

Tel. 03 81 - 4 90 49 25

Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen Schwerin e. V.

Frau Silke Gajek

Anne-Frank-Straße 31

19061 Schwerin

Tel. 03 85 - 3 92 43 33

Selbsthilfekontaktstelle

Frau Albrecht

Robert Blum Str. 32

17033 Neubrandenburg

Tel. 03 95 - 5 60 39 55

**Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
der Hansestadt Stralsund**

Frau Westphal
Mönchstraße 17
18439 Stralsund
Tel. o 38 31 - 29 26 45

**Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe Teterow
Außenstelle Güstrow**

Frau Regine Dening
Domplatz 13
18273 Güstrow
Tel. o 38 43 - 68 64 87

Selbsthilfe-Kontaktstelle

Frau Hannelore Raemisch
Useriner Straße 3
17235 Neustrelitz
Tel. o 39 81 - 20 50 87

KIBIS Selbsthilfekontaktstelle

Frau Lottermoser
Bahnhofstraße 61
19230 Hagenow
Tel. o 38 83 - 61 89 30

Hansestadt Wismar Gesundheitsamt

Frau Kernhoff
Hinter dem Rathaus 13-15
23966 Wismar
Tel. o 38 41 - 2 51 53 34

Literaturtipps für Ihre Patienten

Leben mit der koronaren Herzkrankheit

Von: Gehring J./Klein, G., Urban & Vogel, Heidelberg, 2002. 192 S., ISBN 3-89935-176-2, 26,95 Euro

Vitalkost für Ihr Herz. Gesund und fettarm essen nach Herzinfarkt und bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Von: Hamm, M./Gohlke, H.. Für alle, die besonders auf ihr Herz und die Blutgefäße achten müssen oder möchten. (Patientenbuch der Deutschen Herzstiftung). Trias, Stuttgart, 1998, 190 S., ISBN 3-89373-441-4, 19,95 Euro.

Körperliche Bewegung – dem Herzen zuliebe. Ein Ratgeber für Herzpatienten

Von: Meyer, K., Steinkopff Verlag, Darmstadt. 4. Aufl., 2004. 148 S., ISBN 3-79851-1410-0, 10,95 Euro.

Stichwortverzeichnis

A

Abrechnung	9
Anamnese	31
Angina pectoris	17, 29, 30
Angina-pectoris-Schwelle	16
Arztwechsel	14

B

Begleit- und Folgeerkrankungen	31, 37
Behandlungsplanung	34
Behandlungsübersicht	80
Behandlungsziele	34
Belastungs-EKG	30
Betreuung (psychische, psychosoziale)	55
Bildgebende Verfahren (invasive, nicht-invasive)	28, 29
Brustschmerz	17, 20, 29f
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	45
Bundesversicherungsamt	45

C

Cholesterin-Wert	32
------------------------	----

D

Datenfluss	13
Datenschutz	88f
Datenschutzinformation	11, 83
Datenstelle	13, 24
Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin	49
Diabetes	17f, 31
Diagnostik	15ff, 53f
Diagnosesicherung	27
Disease Management	85f
DMP-Fallnummer	26
Dokumentation, siehe auch Erstdokumentation und Folgedokumentation	5f, 19ff, 23ff

Dokumentationsaufwand	6
Dokumentationsintervall	13, 34, 40
E	
Ein-Arzt-Prinzip	87
Einschreibekriterien	23, 27
Einschreibung Versicherte	12, 27
Einwilligungserklärung Versicherte	12, 84f
Ereignisse, relevante	32, 38
Ergometrie	18, 21
Erinnerungsfunktion	5
Erstdokumentation	13f, 25ff, 65ff, 71ff
Evaluation	63
Evidenzbasierte Medizin	47ff, 86
F	
Facharzt für Innere Medizin, fachärztlich tätiger Internist	10
Fettstoffwechselstörung	31
Folgedokumentation	14f, 36ff
Fortbildungsvoraussetzungen	9
G	
Gemeinsame Einrichtung	13
Gemeinsamer Bundesausschuss	45, 86
H	
Herzinsuffizienz	37
Herzkatheteruntersuchung	19, 21
Hypertonus	31
I	
Information des Versicherten, siehe Versicherteninformation	
Internetadressen	95ff
J	
K	
Kassenärztliche Vereinigung	9
Kontaktadressen	95ff
Koordinierender Vertragsarzt	6, 9f, 14, 87
Koronarangiografie	29, 57f

Koronare Herzkrankheit, Definition	53
Koronare Herzkrankheit, Häufigkeit	16
Koronarrevaskularisation	56ff
Koronarsyndrom	15, 21, 27
Krankenhäuser, Teilnahmeantrag	77
Krankenkassen	13, 87
Kündigung des Vertrages	7
Kurzdatensatz	6, 13, 23, 71ff
L	
Langdatensatz	13, 23, 65ff
Literaturhinweise	95ff
M	
Medikamentöse Therapie	55
Medikation	33, 90
Merksblatt Patient	81f
N	
Nachtstwahrscheinlichkeit	19ff
Netzwerk „Evidenzbasierte Medizin“	49
O	
P	
Patienteninformation	11, 81f
Patientenschulungen	10, 89, 93ff
Praxis-Feedback Bericht	5f, 13, 23, 43
Q	
Qualitätssicherung	60f
R	
Raucher	31, 55
Rehabilitation	58f, 60
Risikostrukturausgleich	45, 49, 89
S	
Schmerzcharakter	16
Schulungen für Leistungserbringer	62
Schulungen für Versicherte	33f, 39, 63, 93ff
Selbsthilfegruppen	102f
ST-Hebungsinfarkt	15
Strukturvoraussetzungen	9

ST-Streckensenkung 30

T

Teilnahmebestätigung 9

Teilnahmeerklärung Arzt 9, 75f

Teilnahmeerklärung Versicherte 12, 13, 84

Teilnahmevoraussetzungen Patient 11f, 13, 39f, 90

Therapeutische Maßnahmen 54ff

Therapiefreiheit 6

Therapieplanung 54

Therapieziele 54, 89

Treatmill Score 17f

U

Umschreibung 14

V

Versorgungsebenen, Kooperation 59

Versorgungsinhalte 53ff

Vertragsarzt, siehe Koordinierender Vertragsarzt

Vortestwahrscheinlichkeit 17

W

X

Y

Z

Zielvereinbarung 34