

**Vertrag zur Versorgung
im Fachgebiet
der Kardiologie in Baden-Württemberg
gemäß § 73 c SGB V**

zwischen



AOK Baden-Württemberg
Heilbronner Str. 184, 70191 Stuttgart
vertreten durch den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann
(„**AOK**“),



MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH („MEDIVERBUND**“)**
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Geschäftsführer Werner Conrad,

BNK Service GmbH
Siegessstraße 15, 80802 München
vertreten durch den Geschäftsführer Dr. Winfried Haerer

und

teilnehmenden FACHÄRZTEN



sowie



Bundesverband niedergelassener Kardiologen e.V.
- Landesverband Baden-Württemberg („BNK**“)**
Hahnweidstr. 21, 73230 Kirchheim
vertreten durch den Vorstand Dr. Norbert Smetak und Dr. Bernhard Kuhn,

in enger Abstimmung mit
Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V. („BNFI**“)**
Kaiserstraße 57, 72764 Reutlingen
vertreten durch den Vorstand Dr. Thomas Seyfferth

und



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDLe.V.**“)**
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner

(einzeln oder gemeinsam „**Vertragspartner**“)

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	3
Präambel	3
§ 1 Vertragsgegenstand	4
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES	4
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren	4
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	5
§ 4 Einschreibung von AOK-Versicherten	7
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES	8
§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES	11
§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT	11
§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag	11
ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH AOK-VERSICHERTE	13
§ 9 Vertragsteilnahme durch AOK-Versicherte	13
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, MEDIVERBUND, BNK SERVICE GMBH, BNK E.V. UND DEM MEDI E. V. UNTEREINANDER	13
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	13
§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft	13
§ 12 Pflichten der AOK	15
§ 13 Rechte und Pflichten des MEDI e.V. und des BNK	15
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	16
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	16
§ 16 Vertragssoftware	16
§ 17 Kündigung und Laufzeit	16
§ 18 Schlichtungsverfahren	17
ABSCHNITT V: ABRECHNUNG	18
§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft	18
§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK	20
§ 21 Verwaltungskostengebühr	21
§ 22 Praxisgebühr	21
ABSCHNITT VI: BEIRAT	22
§ 23 Beirat	22
ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN	23
§ 24 Geltung der einzelnen Abschnitte	23
§ 25 Vertragsbeginn und Vertragsende	23
§ 26 Verfahren zur Vertragsänderung	24
§ 27 Haftung und Freistellung	25
§ 28 Qualitätssicherung	25
§ 29 Datenschutz	25
§ 30 Sonstiges	26

ABSCHNITT VIII: TEILNAHME VON RADIOLOGEN

26

§ 31 Teilnahme von Radiologen zur Erbringung der Leistung Kardio-MRT

26

§ 32 Anlagenübersicht

27

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Herz-Kreislaufkrankungen sind laut Statistischem Bundesamt die mit Abstand häufigste Todesursache in Deutschland. Die ambulante kardiologische Versorgung stellt somit einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch kardiologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Vernetzung und Zusammenarbeit der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Die AOK als gesetzliche Krankenkasse mit circa 3,7 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchte gemeinsam mit dem MEDIVERBUND und der BNK Service GmbH sowie an diesem Vertrag („Vertrag“) teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren („FACHÄRZTEN“) ihren Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 73 c SGB V („SGB V“) anbieten. Die AOK, der MEDIVERBUND, die BNK Service GmbH und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch den BNK in enger Abstimmung mit dem BNFI und dem MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK erfüllt durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden Versicherten.

MEDI e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. MEDI e. V. hat unter anderem für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH gegründet. Der MEDIVERBUND führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Der BNK ist der Berufsverband niedergelassener Kardiologen. Mitglieder sind fachärztliche Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie (Fachärzte). Die BNK Service GmbH ist die Dienstleistungsgesellschaft des BNK.

Der BNFI ist der Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT für eine vertraglich vereinbarte Vertragsvergütung zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten (Patienten) optimieren. Der FACHARZT wird in die Lage versetzt, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie erwartet die AOK die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dieses Ziel wird durch eine Vertragssoftware unterstützt. Diese ermöglicht dem FACHARZT insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum

HZV-Vertrag vom 08.05.2008 ist. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 73 c Abs. 3 SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach § 73 c SGB V sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

Die Versorgung nach diesem Vertrag soll darüber hinaus sinnvoll durch weitergehende und auf sie abgestimmte Versorgungsformen und -elemente ergänzt werden: Integrationsversorgung nach

§§ 140 a ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130 a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der AOK nach § 137 f SGB V.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie für Versicherte der AOK in Baden-Württemberg durch nach dem **II. Abschnitt** (Seite 4ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der MEDIVERBUND/die BNK Service GmbH erbringen in diesem Zusammenhang die im **IV. Abschnitt** (Seite 13ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und das im **V. Abschnitt** (Seite 18ff.) geregelte Abrechnungsmanagement.
- (2) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Der MEDIVERBUND und die BNK Service GmbH eröffnen Vertragsärzten/-innen, persönlich Ermächtigten („Arzt“ bzw. „Ärzte“) und Medizinischen Versorgungszentren („MVZ“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm Kardiologie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Ärzte und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („Vertragsteilnahme“) berechtigt, wenn sie sämtliche in den nachfolgenden lit. a) bis c) genannten Eigenschaften und die in §3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („teilnahmeberechtigter Vertragsarzt“):
 - a) Ärzte müssen Fachärzte für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Kardiologie sein und als Arzt oder MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs 1a Satz 2 SGB V teilnehmen.
 - b) Zulassung/ persönliche Ermächtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie. Ermächtigte Ärzte dürfen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung abrechnen.
 - c) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten in Baden-Württemberg.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich beantragen.
- (2) Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) ist der MEDIVERBUND, solange dem FACHARZT nicht mit Wirkung für die Zukunft unter Berücksichtigung einer für den FACHARZT angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitgeteilt wird, dass die BNK Service GmbH Managementgesellschaft ist. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
 - a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (Präsenzveranstaltung). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt, den persönlich ermächtigten bzw. den kardiologisch tätigen angestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte/n medizinische/n Fachangestellte/n erfolgen;
 - c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - d) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - e) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;
 - f) Erfüllung der technischen Voraussetzungen zum Befüllen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) nach Maßgabe der **Anlage 4**;
 - g) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail Adresse. Die Managementgesellschaft wird die FACHÄRZTE je nach Art und Umfang der Information über die vom FACHARZT benannte E-Mail Adresse informieren.
 - h) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT
 - Zulassung/persönliche Ermächtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie (Nachweisdokument: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale oder Abrechnungsgenehmigung gemäß §135 Abs. 2 SGB V oder Ermächtigung)
 - Durchführung von mindestens 150 kardiovaskulären Untersuchungen (Ultraschalluntersuchungen), davon mindestens 100 Echokardiographien pro

Quartal (Nachweisdokument: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)

- Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung innerhalb der letzten 5 Jahre oder bis zum 31.12.2010 (Nachweisdokument: Fortbildungsnachweis)
 - regelmäßige Nutzung eines Gewebedopplers (speziell der Beurteilung der diastolischen linksventrikulären Funktion) oder alternativ Teilnahme an einer Fortbildung „Gewebedoppler“ bis zum 31.12.2010 (Nachweisdokument: Selbstauskunft oder Fortbildungsnachweis)
 - Registrierung und aktive Teilnahme an kardiologisch relevanten strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP, vgl. Anlage 2). Von dieser Regelung ausgenommen sind Fachärzte für Innere Medizin, die keine stressechokardiographischen Leistungen erbringen. Sollte das Stressecho als jetzige individuell zu erfüllende Teilnahmevoraussetzung zum DMP entfallen, verpflichten sich die Fachärzte für Innere Medizin, ab diesem Zeitpunkt dem DMP beizutreten.
- i) Erfüllung sämtlicher folgender apparativer Mindestausstattung in der Praxis des teilnehmenden FACHARZTES:
- Apparative Ausstattung gemäß KBV-Qualitätssicherungsmaßnahmen Ultraschall (Nachweisdokument: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft)
 - „Harmonic imaging“ (Nachweisdokument: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft)
 - Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus) (Nachweisdokument: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft)
 - Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung (Nachweisdokument: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- j) Angebot einer Abendsprechstunde bis mindestens 20.00 Uhr (Terminsprechstunde) pro Woche für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des FACHARZTES nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der

Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.

- b) **Zulassung zum AOK-Facharztprogramm Kardiologie.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-Facharztprogramm Kardiologie unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

§ 4 **Einschreibung von AOK-Versicherten**

- (1) Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte der AOK Baden-Württemberg („**Versicherte**“), nach freier Wahl ausschließlich solche Fachärzte auszuwählen, die an diesem Facharztprogramm der AOK teilnehmen. Versicherte die in das AOK Hausarztprogramm eingeschrieben sind, können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („**Versicherten-Teilnahmeerklärung**“) in das **AOK-Facharztprogramm Kardiologie** einschreiben:
- a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Ein Muster der Versicherten-Teilnahmeerklärung ist in **Anlage 5** als Teil des „Starterpaketes FACHARZT“ beigefügt. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet das Original unverzüglich an die AOK weiter. Der FACHARZT bewahrt einen Durchschlag der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Durchschlag wird dem Patienten ausgehändigt.
- b) Bei Ärzten, die am HZV-Vertrag gemäß § 73b SGB V teilnehmen („**HAUSARZT**“), sobald der Beirat (§ 23) dieses beschließt.
- (2) Teilnahmeerklärungen von Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung in der Regel mit Wirkung für das jeweils folgende Abrechnungsquartal (vgl. Absatz 3). Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT**“. AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern.
- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können, sobald dies technisch möglich ist. Ärztliche Leistungen für am AOK-Facharztprogramm Kardiologie teilnehmende Versicherte sind in diesem Quartal grundsätzlich vergütungsrelevant und dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** (Seite 18ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.

- (4) AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH können gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag zu einem späteren Zeitpunkt für alle FACHÄRZTE nach billigem Ermessen für verbindlich erklären. Die FACHÄRZTE werden hierüber rechtzeitig informiert. Auch in diesem Fall hat der FACHARZT seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.
- (5) **Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus der Satzung der AOK in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen. Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet.**

§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seite 18) erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei dem behandelnden Arzt. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots und der Praxisausstattung** erfüllen:
- a) Reguläre Sprechstundentermine in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung.
 - b) Behandlung von Akutfällen am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden.
 - c) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird eine vom HAUSARZT angeforderte Notfallvorstellung am Anforderungstag (während der Sprechstundenzeiten) durchgeführt.
 - d) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not- oder Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
 - e) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
 - f) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
 - g) Alle relevanten Befunde werden dem HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen übermittelt (**Anhang 1 zur Anlage 17**). Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt.
 - h) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs 3 erfüllt werden.
- (3) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt / angestellten Arzt erfüllen:

- a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln zu kardiologischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2**.
 - b) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der kardiologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V sowie der vertragspezifischen Fortbildungspflichten gem. **Anlage 2**.
 - d) Teilnahme an einem elektronischen Qualitätssicherungssystem für invasiv tätige Kardiologen, wie beispielsweise QuIK, BQS oder ALKK (vgl. **Anlage 2**). Die Vertragspartner streben ab 2013 die Teilnahme an einem einheitlichen System an. Die FACHÄRZTE werden hierüber rechtzeitig informiert.
 - e) Teilnahme an und aktive Unterstützung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP, vgl. **Anlage 2**). Von dieser Regelung ausgenommen sind Fachärzte für Innere Medizin, die keine stressechokardiographischen Leistungen erbringen. Sollte das Stressecho als jetzige individuell zu erfüllende Teilnahmevoraussetzung zum DMP entfallen, verpflichten sich die Fachärzte für Innere Medizin, ab diesem Zeitpunkt dem DMP beizutreten.
- (4) Der FACHARZT erbringt im AOK-FacharztProgramm Kardiologie folgende **besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte**:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-FacharztProgramm Kardiologie auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 73 c Abs. 5 SGB V;
 - b) Information und Motivation von eingeschriebenen Versicherten mit entsprechender Erkrankung bezüglich der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V (DMP, **Anlage 2**). Bei der freiwilligen Teilnahme des Versicherten verpflichtet sich der FACHARZT, die Dokumentation nach Maßgabe der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen für die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (Ebene 2) in das jeweils geeignete Programm zu unterstützen;
 - c) Überweisung an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten kardiovaskulären Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde sowie unter Beachtung der **Anlage 17**. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (SGB V § 39, Abs. 1).
 - d) Überweisungen vom HAUSARZT/FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin möglich.
 - e) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD 10 Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt - mit Einverständnis des Patienten - nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen und, wenn

nötig, zusätzlich an

- den weiterbehandelnden FACHARZT
- das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.

Die Übermittlung erfolgt per **elektronischem Arztbrief** unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** soweit technisch möglich.

- f) Bekanntmachung eines am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarztes in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-Facharztprogramms Kardiologie organisiert werden.
 - g) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) gemäß **Anlage 4** auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.
 - h) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische AOK-Angebote, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst und Präventionsangebote (siehe **Anlage 2**).
 - i) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des eingeschriebenen Versicherten innerhalb des AOK-Facharztprogramms Kardiologie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
 - j) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, insbesondere im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie, und hierzu insbesondere verpflichtet,
- a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130 a Abs. 8 SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** genannten Wirkstoffe zu beachten;
 - c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über die Vertragssoftware bereitgestellt werden. **Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus Anlage 3.**
- (7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines GEMATIK-fähigen Konnektors zum 30.06.2010 ist verpflichtend. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Der Konnektor dient der Erhöhung der Sicherheit und Schnelligkeit der Datenübertragung. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen

Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3. Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten für den FACHARZT.**

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.
- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere
 - a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Arztstammdaten (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2.
 - f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.
- (3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlicher Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT

Der FACHARZT soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140 a ff. SGB V sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V und die HZV nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an das AOK-Facharztprogramm anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem FACHARZT und den niedergelassenen Haus- und (Fach-)Ärzten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und dem teilnehmenden FACHARZT sind in **Anlage 17** geregelt.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung

seitens einer der Vertragspartner bedarf.

- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 25 Abs. 4 lit. a) und/oder b).
- (3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).
- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
 - a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 28 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Verstoß nicht nach schriftlicher Abmahnung innerhalb einer durch diese Abmahnung gesetzten angemessenen Frist durch die Managementgesellschaft beseitigt, insbesondere wenn der FACHARZT gegen die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 lit. c), d), e), f), h), i) und j), bzw. die Qualitätsanforderungen nach § 5 Abs. 2 b und 3 erheblich verstößt; oder
 - c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für AOK, BNK Service GmbH und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK, BNK Service GmbH und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

Versicherte, die in das AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-Facharztprogramm Kardiologie erklären, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (**Anlage 5**). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß **Anlage 7** in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-Facharztprogramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, MEDIVERBUND, BNK SERVICE GMBH, BNK E.V. UND MEDI E. V. UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, MEDIVERBUND, BNK Service GmbH, BNK und MEDI e. V. Die Verpflichtung der AOK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-Facharztprogramms Kardiologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Weder der MEDIVERBUND noch die BNK Service GmbH übernehmen den Sicherstellungsauftrag.
- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber der AOK wie folgt:
 - a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§ 15);
 - b) Unverzügliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;
 - e) Entgegennahme von Verzeichnissen der DMP-Teilnahme;
 - f) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§2, §3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung, des von der AOK zur Verfügung gestellten DMP-Verzeichnisses und der **beigelegten Nachweise gem. Teilnahmeerklärung**

- Arzt (Anlage 1).** Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK weiter;
- g) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§2, §3 Abs. 3);
 - h) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, Genehmigungen Herzkatheter und Echokardiographie);
 - i) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes FACHARZT“ an Ärzte;
 - j) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK;
 - k) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;
 - l) Information der FACHÄRZTE über den Teilnahmezustand der in das AOK-Facharztprogramm Kardiologie gemäß § 4 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - m) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);
 - n) Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2**);
 - o) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - p) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der AOK ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II**, ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnern. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 23 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben und der in **Abschnitt V** geregelten Abrechnung mit schriftlicher Zustimmung der AOK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen, insbesondere eines Abrechnungsunternehmens („**Abrechnungszentrum**“), berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für seine Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft benennt der AOK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE stammen sollte.
- (6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 12 Pflichten der AOK

- (1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (ArztPartnerService).
- (2) Die AOK wird die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.
- (3) Die AOK wird dem Abrechnungszentrum das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-Hausarztprogramm und im AOK-Facharztprogramm Kardiologie eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekanntgegeben werden.
- (4) Im Falle der zulässigen Kündigung eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK die Managementgesellschaft.
- (5) Die AOK wird der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Informationen über die Teilnahme des FACHARZTES an DMP-Programmen der AOK, Änderungen der Arztstammdaten, die ihr zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (6) Die AOK wird die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**.
- (7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK ist zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (9) Die AOK kann FACHÄRZTEN über den ArztPartnerService sowie durch weitere fachkompetente Mitarbeiter/innen spezifische Informationsleistungen zur Verfügung stellen. Die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 u. 6 bleiben hiervon unberührt. Diese Informationsleistungen erfolgen nach Maßgabe folgender Regelungen:
 - a) FACHÄRZTE erhalten allgemeine Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen, Inhalten, Zielen und Umsetzungsfragen dieses Vertrages sowie zu den vertraglichen Pflichten nach diesem Vertrag. Diese umfassen auch Informationen und allgemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.
 - b) Der FACHARZT erhält Hinweise und Informationen hinsichtlich der Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitskriterien ausschließlich auf Anfrage. Die Hinweise können sich insbesondere auf die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 und 6 beziehen.

c) Die AOK berichtet regelhaft im Beirat (§ 23) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.

d) Der FACHARZT erhält auf Wunsch auch Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen und Inhalten geeigneter Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten und Präventionsangeboten der AOK.

e) Der FACHARZT wird durch Hinweise und Informationen nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung bei der Erfüllung seiner Pflichten nach § 5 Abs. 5 und 6 unterstützt, Dies umfasst insbesondere (auch vergleichende) Informationen in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln, über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischem Nutzen.

f) Gemäß § 305a Satz 1 SGB V unzulässig ist die Beratung der Fachärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztansprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztansprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Verordnungs- und Dokumentationsverhalten der Fachärztin oder des Facharztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V. und BNK

- (1) MEDI e.V. und BNK sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet. Diese Verpflichtung gilt auch nach einem etwaigen Ausscheiden des MEDIVERBUNDES oder der BNK Service GmbH aus dem Vertrag, solange dieser nicht insgesamt endet.
- (2) MEDI e.V. und BNK sind verpflichtet, soweit datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Arztstammdaten und Vertragsverstöße ihrer Mitglieder, die ihnen zur Kenntnis gelangen, unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich AOK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., BNK und die BNK Service GmbH,
 - a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;
 - b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.
- (3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK (Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDIVERBUND, BNK Service GmbH, MEDI e.V. und BNK verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, MEDIVERBUND, BNK Service GmbH, MEDI e. V. und BNK stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) MEDIVERBUND und BNK Service GmbH sind verpflichtet, im Benehmen mit der AOK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3. lit. e) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (Anlage 3).
- (2) AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).
- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft werden. Durch entsprechende Vertragskonditionen ist die Einhaltung der Vorgaben durch die Anbieter der Vertragssoftware abzusichern.
- (4) Die Managementgesellschaft beruft einen Userbeirat aus FACHÄRZTEN, der überprüft, inwieweit die Vorgaben aus Anlage 10 praxisgerecht umgesetzt wurden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 25 Abs. 1 und 2 für AOK, MEDIVERBUND, BNK Service GmbH, MEDI e.V. und BNK. **Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine Flächendeckung gemäß Anlage 8 vorliegt.**
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK, MEDIVERBUND und BNK

Service GmbH, unbeschadet der Absätze 3 und 4, mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals zum 31. Dezember 2014.

- (3) Die AOK ist erstmals nach Ablauf des 31.12.2010 berechtigt, diesen Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Zahl von 82 FACHÄRZTEN durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-Facharztprogramm Kardiologie zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV).
- (4) Das Recht von AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt; zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
 - a) Die AOK einerseits oder der MEDIVERBUND bzw. die BNK Service GmbH andererseits verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt, wobei der MEDIVERBUND und die BNK Service GmbH nach diesem lit. a) ihr Kündigungsrecht gegenüber der AOK nur einheitlich ausüben können. Im Falle der Uneinigkeit über die Ausübung des Kündigungsrechtes gegenüber der AOK zwischen MEDIVERBUND und BNK Service GmbH entscheidet die Managementgesellschaft. Als wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne gilt insbesondere Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1.
 - b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, MEDIVERBUND, BNK Service GmbH oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (5) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK, des MEDIVERBUNDES und der BNK Service GmbH ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von AOK, MEDIVERBUND oder BNK Service GmbH erklärten Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer - nur außerordentlich möglichen - Kündigung von BNK und/oder MEDI e. V. entsprechende Anwendung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d.h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Kardiologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) **Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 30.06.2013.**
 - a) **Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH mit Wirkung für den FACHARZT ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.**
 - b) **Die Höhe der in die Vergütungen einkalkulierten Sachkosten im Zusammenhang mit den interventionellen Leistungen (PCI, Herzkatheter, DES Stents und Sonderdevices) gelten zunächst bis zum 31.03.2011. AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH verständigen sich danach auf eine einvernehmliche Neuregelung nach billigem Ermessen. Die FACHÄRZTE stimmen dieser schon jetzt zu. Solange keine einvernehmliche Neuregelung der Sachkostenvergütung konsentiert ist, gilt die bisherige Regelung weiter.**
 - c) **Einigen sich AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH bis zum 30.06.2013 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2014 fort.**
 - d) **Einigen sich die AOK, der MEDIVERBUND und die BNK Service GmbH vor dem 30.06.2012 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT unverzüglich mit. Ist der FACHARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.**
 - e) **Besteht der Vertrag über den 31.12.2014 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei- Jahres- Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2014 hinaus fortbesteht.**

f) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. d) gilt sinngemäß.

- (3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.
- (4) **Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.**
- (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt im Abrechnungsquartal geleistete Abschlagszahlungen. Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berechtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berechtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.
- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT

ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES gegenüber der AOK durchzusetzen.

- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („**Überzahlung**“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („**Fehlabbrechnung**“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (13) AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 25 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK („**AOK-Abrechnung**“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen die Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9

gegenüber dem FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die AOK unverzüglich schriftlich darüber informieren.

- (3) Die AOK ist außer im Falle der in **Anlage 12** bestimmten turnusmäßigen Verrechnung von Abschlagszahlungen nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostengebühr

- (1) **Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung gemäß §§ 19 und 20 zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer zu erheben. Der FACHARZT ist zur Entrichtung der Verwaltungskostengebühr an die Managementgesellschaft verpflichtet. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.**
- (2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen. Das bedeutet, dass die Managementgesellschaft von der Auszahlung die Verwaltungskostengebühr zuzüglich gesetzlicher Umsatzsteuer einbehält.
- (3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibegebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibegebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.
- (4) Die Abwicklung der Praxisgebühr nach dem folgenden § 22 bleibt für die Berechnung der Höhe der Verwaltungskostengebühr außer Betracht.

§ 22 Praxisgebühr

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die gesetzliche Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V („**Praxisgebühr**“) von Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä in ihrer jeweils geltenden Fassung für die AOK einzuziehen. Der FACHARZT ist danach insbesondere nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten, oder einen anderen Betrag als die gesetzliche Praxisgebühr zu erheben.
- (2) Die AOK benennt die Managementgesellschaft als ihre Zahlstelle, gegenüber der der

FACHARZT von ihm eingezogene Praxisgebühren im Sinne des § 43 b Abs. 1 Satz 1 SGB V zu verrechnen hat.

- (3) Soweit der FACHARZT seinen Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit dem § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung genügt hat und dies nicht zur erfolgreichen Einziehung der Praxisgebühr vom Versicherten geführt hat, **obliegt der AOK der weitere Zahlungseinzug der Praxisgebühr bei den Versicherten.**
- (4) Die Managementgesellschaft hat gegenüber dem FACHARZT Anspruch auf Auskunft, ob und in welchem Umfang die Praxisgebühr bei Versicherten eingezogen wurde und warum sie gegebenenfalls nicht eingezogen wurde.
- (5) Näheres regelt die **Anlage 14**.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 23 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 4 Vertretern der AOK, 2 Vertretern des MEDI e.V./MEDIVERBUNDES und 2 Vertretern des BNK/der BNK Service GmbH besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.
- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:
 - a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte;
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 26 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. Die AOK ist berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.

- d) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden.
- (5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

ABSCHNITT VII: ALLGEMEINEREGELUNGEN

§ 24 Geltung der einzelnen Abschnitte

- (1) **Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:**
- II. Teilnahme des FACHARZTES**
 - III. Teilnahme durch Versicherte**
 - V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr**
 - VI. Beirat**
 - VII. Allgemeine Regelungen**

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

- (2) Für MEDI e. V. und BNK gelten dabei die Regelungen des **Abschnittes IV**, soweit diese auf sie Bezugnehmen.

§ 25 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) **Der Vertragsbeginn steht unter Vorbehalt: Bevor eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch FACHÄRZTE nach diesem Vertrag erfolgen kann, ist die Erfüllung folgender Voraussetzung zwingend notwendig:**

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schließt mit der AOK einen Vertrag gemäß § 73c Abs. 6 SGB V („Bereinigungsvertrag“). Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der kardiologischen Versorgung nach § 73 c SGB V, insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über den Wegfall des Vorbehaltes. Die AOK haftet gegenüber den Vertragspartnern nicht auf Schadensersatz, wenn der Bereinigungsvertrag nicht zustande kommt.

- (2) **Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des FACHARZTES gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen FACHARZT unberührt.**
- (3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach **Abschnitt II** und für die übrigen Vertragspartner nach **Abschnitt IV**.
- (4) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
- a) Kündigt die AOK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.

- b) Kündigen MEDIVERBUND und BNK Service GmbH den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung beider Vertragspartner mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
- c) Kündigen entweder nur der MEDIVERBUND oder die BNK Service GmbH den Vertrag gemäß § 17, wird er zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt. Der verbleibende Vertragspartner (MEDIVERBUND oder BNK Service GmbH) tritt zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung in sämtliche Rechte und Pflichten des nach Satz 1 ausscheidenden Vertragspartners ein. In diesem Fall ist für eine Übergangsfrist von 1 Jahr seit Wirksamwerden der Kündigung im Sinne des vorstehenden Satzes 1 eine Kündigung gemäß § 17 Abs. 2 des jeweils verbleibenden Vertragspartners ausgeschlossen.
- d) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
- e) Bei einer nur außerordentlich möglichen - Kündigung von MEDI e.V. und BNK wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
- f) Kündigungen von AOK, MEDIVERBUND oder BNK Service GmbH sind den jeweils beiden anderen Vertragspartnern schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 26 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (2) Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-Infrastruktur Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.
- (3) Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen seit Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus dem AOK-FacharztProgramm Kardiologie.
- (4) Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher

Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH ohne Zustimmung des FACHARZTES vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.

§ 27 Haftung und Freistellung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) MEDIVERBUND und BNK Service GmbH haften gegenüber der AOK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.
- (3) Die AOK haftet für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK wird den MEDIVERBUND und die BNK Service GmbH von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.
- (4) Freistellung nach diesem § 27 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (5) Die AOK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 27 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 28 Qualitätssicherung

AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH werden Maßnahmen zur Prüfung der Qualitätssicherung einleiten. Diese werden in der Anlage „Prüfwesen“ festgelegt (**Anlage 15**).

§ 29 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.
- (2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-/BoschBKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

§ 30 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertragliche Regelungen.
- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

ABSCHNITT VIII: TEILNAHME VON RADIOLOGEN

§ 31 Teilnahme von Radiologen zur Erbringung der Leistung Kardio-MRT

Die Vertragspartner eröffnen den von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zugelassenen niedergelassenen Radiologen in Baden-Württemberg oder Radiologen, deren Einrichtung gem. § 108 SGB V als stationärer Leistungserbringer mit Sitz in Baden-Württemberg zugelassen ist, einem teilnehmenden KARDIOLOGEN gem. Anlage 2 Anhang 3 gegenüber der Managementgesellschaft MEDIVERBUND nachgewiesen wird. Für diese Radiologen gelten abweichend von den übrigen Regelungen dieses Vertrages ausschließlich die Regelungen gem. Anlage 19 und deren Verweise. § 30 Abs. 3 dieses Hauptvertrages gilt entsprechend.

§ 32 Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** AOK-Patientenpass
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen der AOK
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND und AOK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutzvertrag
- **Anlage 17:** Definition von Schnittstellen
- **Anlage 18:** Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission (AMK) der Vertragspartner zur medikamentösen Behandlung
- **Anlage 19:** Teilnahme sowie Rechte und Pflichten von Radiologen

Stuttgart, den _____

AOK Baden-Württemberg

Dr. Christopher Hermann

MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH

Werner Conrad

BNK Service GmbH

Dr. med. Winfried Haerer

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

BNK
Dr. med. Norbert Smetak, Dr. med. Bernhard Kuhn

Der Vertragsbeitritt der einzelnen ÄRZTE erfolgt gemäß § 3 dieses Vertrages.

Infopaket FACHARZT

Das Infopaket FACHARZT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT (siehe Anhang)
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES
- Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertrags-Schulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Teilnahmevoraussetzungen

1. Persönliche Voraussetzungen:

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV-Ermächtigung).
Ich bin Facharzt für Innere Medizin mit Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. §73 Abs. 1a Satz 2 SGB V
 mit Schwerpunkt Kardiologie ohne Schwerpunkt Kardiologie

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
- Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie (Nachweis: KV Zulassung/KV-Registerauszug/Ermächtigung/Abrechnung)
- Durchführung von mindestens 150 kardiovaskulären Untersuchungen (Ultraschalluntersuchungen), davon mindestens 100 Echokardiographie pro Quartal (Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)
- Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung innerhalb der letzten 5 Jahre (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
- regelmäßige Nutzung eines Gewebedopplers (insbesondere Beurteilung) (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Teilnahme an DMP gemäß § 3 lit h zum Vertrag
- Besuch von **mindestens** 2 Fortbildungen zu kardiologisch relevanten Themen im Jahr (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)

2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ

Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/ MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen

Technische Voraussetzungen:

- Apparative Ausstattung gemäß KBV Richtlinien Qualitätssicherungsmaßnahmen Ultraschall (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- „Harmonic imaging“ (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus) (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Ausstattung mit einer vertragskompatible IT und Anbindung an das Internet
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
- Vertragssoftware ist installiert für AOK Bosch BKK

Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)

- Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie oder die anderen Mitglieder der BAG/MVZ eine oder mehrere der Abrechnungsvoraussetzungen nicht, können Sie bestimmte Leistungen nicht abrechnen. Die Qualifikation von in der Praxis tätigen Ärzten berechtigt alle FACHÄRZTE der Praxis zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.

- Schwerpunktbezeichnung Angiologie (Nachweis: KV Zulassung) (Voraussetzung für P2)
- oder Duplex-Verfahren (Nachweis: KV Zulassung für folgende Duplexe) (Voraussetzung für P2)
 - extrakranielle hirnversorgende Gefäße und/oder
 - extremitätenver-/entsorgende Gefäße und/oder
 - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
- Stressechokardiographie (Nachweis: KV Zulassung)
- Herzschrittmacher/Defi/CRT-Kontrolle (Nachweis: KV Zulassung)
- Langzeit-EKG (Nachweis: KV Zulassung)
- Invasive Kardiologie (Nachweis: KV Zulassung)
- Teilnahme an einem elektronischen Qualitätssicherungssystem für invasiv tätige Kardiologen, wie beispielsweise QuIK, BQS oder ALKK
- Qualifikationen Kardioversion:
 - Vorhaltung TEE
 - Möglichkeit zur mehrstündigen Monitorüberwachung
 - Anwesenheit von 2 Ärzten in der Praxis während Kardioversion ist stets gegeben
- Vorhaltung einer Spiroergometrieinheit (Nachweis: Gerätekauf-/Leasingvertrag, KV-Abrechnung)
- TEE (Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)
- SM-/ICD-/CRT-Implantationen (Nachweis: Facharzt-/Kardiologenzugnis mit Mengennachweis oder Abrechnungsnachweis für Implantationen oder Bescheinigung über die selbstständige Durchführung durch eine Klinik/Praxis und individuelle Genehmigung zum ambulanten Operieren (Nachweis: KV-Zulassung))
- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz – Abrechnung der Leistungen als telemedizinisches Zentrum (TMZ) und Erfüllen der Voraussetzungen gemäß QS-V TmHi (Nachweis: KV-Genehmigung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle)

Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig:

LANR (7- oder 9-stellig)

 Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

 Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

 Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

 Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der AOK/Bosch BKK ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der AOK/Bosch BKK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:
 MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datschutz-team@medi-verbund.de
 Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datschutz-team@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß §§ 73c SGB V a.F. bzw. 140a SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das AOK FacharztProgramm ausgefüllt und unterzeichnet haben.
(Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der AOK immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt-Programm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d. h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KV BW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die AOK und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

Unterschrift Vertragsarzt
 Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

--	--	--	--	--	--

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Änderung der Stammdaten

Nachname																															
Vorname																															
LANR																BSNR															

Neue Daten (nur auszufüllen bei Änderungen)

Straße & Hausnummer																														
PLZ und Ort																														
Telefon																														
Fax																														
E-Mail																														
Bank																														
Kontoinhaber																														
IBAN																														
BIC																														

Wegfall/Zugang von Verbandsmitgliedschaften

Wegfall	Zugang	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft im MEDI Verbund
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft im BNK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft im BNFI

Wegfall/Zugang von Abrechnungs- und Teilnahmevoraussetzungen

Wenn Sie uns in diesen Punkten eine Änderung mitteilen, werden die entsprechenden Informationen in unserer Vertragsarztsuche unter <http://www.medi-arztsuche.de> entsprechend aktualisiert.

Wegfall	Zugang		Teilnahmevoraussetzungen
1. Persönlich			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registereinzug)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie (Nachweis: KV Zulassung/KV-Registereinzug/Ermächtigung/Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Teilnahme an einer Fortbildung „Gewebedoppler“ (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an DMP gemäß § 3 lit h zum Vertrag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		unterschriebener Datenschutzvertrag
2. Praxis/ BAG/ MVZ			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Apparative Ausstattung gemäß KBV Richtlinien Qualitätssicherungsmaßnahmen Ultraschall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	„Harmonic imaging“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Vertragssoftware vorhanden: Name, Version _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Konnektor/Online-Key

Wegfall	Zugang		Abrechnungsvoraussetzungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung Angiologie (Nachweis: KV Zulassung) oder Duplex-Verfahren (Nachweis: KV Zulassung für folgende Duplexe <input type="checkbox"/> extrakranielle hirnversorgende Gefäße und/oder <input type="checkbox"/> extremitätenver-/entsorgende Gefäße und/oder <input type="checkbox"/> abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stressechokardiographie (Nachweis: KV Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher /Defi/CRT-Kontrolle (Nachweis: KV Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeit-EKG (Nachweis: KV Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Invasive Kardiologie (Nachweis: KV Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Teilnahme an einem elektronischen Qualitätssicherungssystem für invasiv tätige Kardiologen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikationen Kardioversion: (Vorhaltung TEE und Möglichkeit zur mehrstündigen Monitorüberwachung und Anwesenheit von 2 Ärzten in der Praxis während Kardioversion ist stets gegeben)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiroergometrieinheit (Nachweis: Gerätekauf-/Leasingvertrag, KV-Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEE (Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SM-/ICD-/CRT-Implantationen (Nachweis: Facharzt-/Kardiologenzeugnis mit Mengennachweis oder Abrechnungsnachweis für Implantationen der Jahre 2008 bis 2010 oder Bescheinigung über die selbstständige Durchführung durch eine Klinik/Praxis.

Wegfall	Zugang	Zusatzinformation für die Vertragsarztsuche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunkt Kardiologie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunkt Angiologie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ohne Schwerpunkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnehmer des DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Echokardiographie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stressechokardiographie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transösophageale Echokardiographie (Ultraschallverfahren über die Speiseröhre)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duplex-Verfahren extrakranielle hirnversorgende Gefäße
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duplex-Verfahren extremitätenver-/entsorgende Gefäße
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duplex-Verfahren abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Mittelfellraum)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeit-EKG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergometrie (mit 12-Kanal-EKG-Registrierung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiroergometrie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kardioversion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher/ Defi/ CRT-Kontrolle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Invasive Kardiologie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linksherzkatheteruntersuchung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantationsleistungen/ Revisionen/ Explantationen

Mit der Angabe der Daten willigen Sie ein, dass die Informationen in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht werden und ggf. an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt werden.

Datum _____ Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)

Nehmen Sie noch nicht an der Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) teil, möchten diese aber nutzen, beantragen Sie bitte die Teilnahme mit folgender Erklärung. Die Zulassung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) erfolgt in einem separaten Schreiben.

Teilnahmeerklärung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelten Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK Hausarztprogramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben. (Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der Krankenkasse immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 73c-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharztprogramm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- ich meine situativen Abrechnungsdaten immer spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals bei der Managementgesellschaft einreichen muss, da sonst keine Sofortabrechnung nach Einschreibung stattfinden kann.
- eine Korrektur oder Nachabrechnung für situative Abrechnungsdaten grundsätzlich nicht möglich ist.
- der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d.h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Ziffernkranzes mehr gegenüber der KVBW abrechnen kann.
- dass ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- dass meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die Krankenkassen und die KV gemeldet wird.
- Die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung tritt mit Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft.

Datum _____ Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen an die Untersuchung im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf in personelle Voraussetzungen und apparative Ausstattung. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und Anhang 1 (Anforderungen an Behandler Herzinsuffizienz) zur Anlage 2. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für deren Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung, z.B. hinsichtlich aktueller Ultraschalltechniken. Zu unterscheiden sind für diesen Vertrag

- (1) nichtinvasive apparative Untersuchungsmethoden wie z.B.
 - Elektrokardiographie (Ruhe-, Belastungs-, Langzeit-EKG)
 - Bildgebende Diagnostik mit Echokardiographie (Anhang 1) und

- (2) invasive Untersuchungsmethoden wie
 - Links-Herzkatheter, Abklärung weiterer invasiv-therapeutischer oder operativer Therapiemaßnahmen
 - Rechts-Herzkatheter

Anmerkung:

Die genannten und ggf. weitere Verfahren sind bei den einzelnen Indikationen gem. diesem Vertrag unterschiedlich je nach Schweregrad individuell indiziert.

Übersicht der grundlegenden diagnostischen Vereinbarungen zu den im Vertrag aufgeführten Indikationen (siehe auch Anlage 12):

I. Herzinsuffizienz

Diagnostik

- a. Anamnese (Einteilung nach NYHA-Stadium I-IV, Komorbiditäten, Medikation)
- b. ggf. Ruhe-EKG, ggf. Langzeit-EKG, ggf. Belastungs-EKG, ggf. Echokardiographie
- c. ggf. invasive Diagnostik + Therapie

II. Koronare Herzerkrankung (KHK)

Diagnostik

- a. Anamnese (asymptomatisch/symptomatisch, Komorbiditäten, Medikation)
- b. ggf. Ruhe-EKG, ggf. Langzeit- EKG, ggf. Belastungs-EKG, ggf. Echokardiographie
- c. ggf. invasive Diagnostik

III. Herzrhythmusstörungen

Diagnostik

- a. Anamnese (Komorbiditäten, Medikation)
- b. ggf. Ruhe-EKG, ggf. Langzeit- EKG, ggf. Belastungs-EKG
- c. ggf. invasive Diagnostik

IV. Vitien

Diagnostik

- a. Anamnese (erworben/angeboren, Komorbiditäten, Medikation)
- b. z.B. EKG
- c. ggf. Echokardiographie, ggf. TEE
- d. ggf. invasive Diagnostik

Die auszugsweise Auflistung der vorgenannten indikationsbezogenen Qualitätsanforderungen ist im Kontext in Anlage 12 dargestellt und wird durch Anhang 1 dieser Anlage 2 ergänzt.

ABSCHNITT II: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 5 Abs. 3 lit. a) des Vertrages)

I. Teilnahme an Qualitätszirkeln

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden Württemberg mit der AOK wurden bereits Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an 4 Qualitätszirkelsitzungen teil. Den am FacharztProgramm Kardiologie teilnehmenden FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Qualitätszirkelsitzung empfohlen, welche kardiologisch relevante, indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module beinhaltet.

II. Erstellung von Verordnungsanalysen unter Nutzung von Verordnungs- und Diagnosedaten von HZV Versicherten

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK ihr vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten von AOK-Versicherten in pseudonymisierter Form durch ein unabhängiges Institut für die Nutzung im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zur Erstellung von Verordnungsanalysen aufbereiten lässt. Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist insoweit die AOK. Pseudonymisieren bedeutet das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale des AOK-Versicherten durch ein Kennzeichen/Pseudonym zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Die Nutzung der Verordnungs- und Diagnosedaten in solchermaßen pseudonymisierter Form erfolgt für die Analyse der indikationsbezogenen Verordnungsweise des individuellen FACHARZTES und ausschließlich für die Dauer der Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Seine praxisindividuellen Verordnungsanalysen erhält der FACHARZT im Rahmen der Qualitätszirkel ausschließlich persönlich. Die Verordnungsanalysen werden per Post an den FACHARZT versandt.

**ABSCHNITT III: Behandlungsleitlinien
(§ 5 Abs. 3 lit. b) und § 5 Abs. 5 lit. b) des Vertrages)**

Die Arbeitsgruppe Qualitätsförderung besteht aus Vertretern der Vertragspartner. Sie überprüft nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten kardiologischen, evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. b) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Liste der Behandlungsempfehlungen wird auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de oder der Internetseite des BNK unter www.bnk.de sowie in **Anlage 17 Anhang 2** veröffentlicht. Der FACHARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.

**ABSCHNITT IV: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V
(§ 5 Abs. 3 lit. c) des Vertrages)**

Die kardiologisch tätigen Ärzte bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsarztrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT nach Rückfrage durch die Managementgesellschaft mindestens zwei Fortbildungsveranstaltungen mit kardiologischem Schwerpunkt nachzuweisen.

ABSCHNITT V: Einführung eines elektronischen Qualitätsmanagement-Systems in der Invasivkardiologie (§ 5 Abs. 3 lit. d) des Vertrages)

Die Teilnahme an einem elektronischen Qualitätsmanagement-System in der Invasivkardiologie ist gemäß § 5 Abs. 3d für FACHÄRZTE verpflichtend. Die Wahl eines Systems, beispielsweise QuIK, BQS, ALKK, steht dem FACHARZT frei. Die Vertragspartner streben ab 2013 die Teilnahme an einem einheitlichen System an. Die FACHÄRZTE werden hierüber rechtzeitig informiert.

ABSCHNITT VI: Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 3 Abs. 3 lit. h) bzw. § 5 Abs. 3 lit. e) und Abs. 4 lit. b) des Vertrages)

Bei Vertragsteilnahme ist die Registrierung als Teilnehmer des DMP KHK Voraussetzung für die Vertragsteilnahme (§ 3 Abs. 3 lit. h) des Vertrages). Außerdem ist der FACHARZT verpflichtet, darüber hinaus nicht nur formal durch Registrierung, sondern aktiv alle strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137 f SGB V zu unterstützen. Dazu zählen die Information der am AOK-FacharztProgramm Kardiologie teilnehmenden Versicherten, sowie deren Motivation zur Teilnahme an diesen Programmen (§ 5 Abs. 4 lit. b) des Vertrages).

ABSCHNITT VII: Information über spezifische Gesundheits- und Präventionsangebote (§ 5 Abs. 4 lit. j) des Vertrages)

Informationen über Gesundheits- und Präventionsangebote erhält der FACHARZT fortlaufend von der AOK. Er informiert am FacharztProgramm Kardiologie teilnehmende Versicherte über diese Gesundheitsangebote und empfiehlt ihnen situationsbezogen die Teilnahme. Dazu zählt zum Beispiel die EDV-gestützte individuelle Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall (ARRIBA; entwickelt von den Abteilungen für Allgemeinmedizin der Universitäten Marburg und Düsseldorf; gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung). Die Risikowahrscheinlichkeit wird in ARRIBA optisch demonstriert. Die Effekte von Verhaltensänderungen oder medikamentöser Therapie werden anschaulich dargestellt.

Anhang 1 zu Anlage 2: Anforderungen an den Behandler Herzinsuffizienz

Anforderungen an Behandler Herzinsuffizienz

I. Echokardiographie

- 1) Anforderung an Ultraschallgerät
 - Apparative Ausstattung gemäß KBV-Qualitätssicherungsmaßnahmen vom 31.10.2008 (Inkrafttreten: 01.04.2009)
 - zusätzlich zwingend erforderlich
 - „Harmonic imaging“
 - Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus)

- 2) Anforderung an Behandler
 - Voraussetzung: Fachliche Befähigung gemäß Richtlinien der KBV 2009
 - Durchführung von mindestens 150 kardiovaskulären Untersuchungen, davon mind. 100 Echokardiographien pro Quartal
 - Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung innerhalb der letzten 5 Jahre oder während der Übergangsfrist
 - Erfahrung mit Gewebedoppler (speziell in der Beurteilung der diastolischen LV-Funktion)
 - Erstellung eines Befundberichtes (siehe Richtlinien der KV-BW)
 - Übergangsregelung: 12 Monate
 - zusätzlich zwingend erforderlich
 - quantitative Bestimmung der Ejektionsfraktion nach Simpson (biplan) sofern technisch möglich.
 - detaillierte Beurteilung der diastolischen Funktion (siehe Manual zur Indikation und Durchführung der Echokardiographie, 2009)

II. Elektrokardiographie

- 1) Geräteanforderung
 - 12-Kanal-EKG, auch bei Ergometrie

- 2) Anforderung an Behandler
 - Erstellung eines Befundberichts EKG und Ergometrie gemäß KV-Leitlinien

Literatur-/Quellenangabe:

- Manual zur Indikation und Durchführung der Echokardiographie. Clinical Research in Cardiology Supplements, Volume 4, Supplement 1, April 2009
- Richtlinien der KV-BW: Kriterien für die Qualitätsbeurteilung im Bereich der Ultraschalldiagnostik (Inkrafttreten am 1.10.2009)
- KBV: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik vom 31. 10.2008 (Inkrafttreten: 01.04.2009)
- Positionspapier zur Qualifikation und Zertifizierung von Untersuchern in der Echokardiographie Nixdorff et al., Clinical Research in Cardiology Suppl 2006 Clin Res Cardiol Suppl 2006
- Positionspapier zur Qualitätsstandard in der Echokardiographie, Hoffmann et al., Z Kardiol 2004; 93
- EAE laboratory standards and accreditation, Nihoyannopoulos et al., Eur J Echocardiography 8, 2008

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an die ambulante Implantation und Explantation von Herzschrittmachern, Ereignisrekordern und Kardioverter-Defibrillatoren

Die ambulante Implantation und Explantation von Herzschrittmachern, Ereignisrekordern und Kardioverter-Defibrillatoren (Leistungen E15 – E22, E24-E28 und A15 – A22 A24-A28 in Anlage 12) im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Kardiologie ist an formale und qualitative Kriterien gebunden. Insbesondere sind bei der Indikation von Implantationen die maßgeblichen Leitlinien zu beachten. Als Grundlage dienen das Strukturpapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislauferkrankungen (DGK) aus dem Jahre 2009 (Hemmer et al. 2009) und die aktuell gültigen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC)(Vardas et al. 2007), der Heart Rhythm Society (HRS) (Wilkoff et al. 2008) und der DGK (Rybak et al. 2008). Die Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Versorgung ist durch den Kardiologen nach den Regeln des fachlichen Standards und unter Mitwirkung des hinreichend aufgeklärten Patienten sowie unter Berücksichtigung näher bezeichneter Indikatoren (Allgemeinzustand des Patienten, Lokalbefund, soziale Bedingungen u.a.) zu treffen.

Die Teilnahmevoraussetzungen für die Erbringung der ambulanten Implantation/Explantation von Kardioverter-Defibrillatoren orientieren sich insbesondere an dem Positionspapier „Empfehlungen zur Strukturierung der Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (Hemmer, Rybak et al.; Kardiologie 2009 DOI 10.1007/s12181-008-0136-3), analog zur ambulanten Schrittmacherimplantation. Zudem ist die Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme (AQUA) obligatorisch.

Die Durchführung von Implantationen/Explantationen von Herzschrittmachern, Ereignisrekordern und Kardioverter-Defibrillatoren im Rahmen dieses Vertrages darf nur dann vorgenommen werden, wenn alle folgenden Voraussetzungen gemäß diesem Anhang 2 zu Anlage 2 erfüllt werden. Die Erfüllung ist gegenüber der Managementgesellschaft bei Antragstellung per Selbstauskunft nachzuweisen. Die Managementgesellschaft führt Stichprobenprüfungen durch. Zum Nachweis der Voraussetzungen nach I.1, erster Spiegelstrich, sind zusätzlich zur Selbstauskunft Kopien der entsprechenden Zertifikate und zum Nachweis der Voraussetzungen nach I.1, zweiter Spiegelstrich, zusätzlich zur Selbstauskunft Abrechnungsnachweise oder entsprechende Bescheinigungen bei der Managementgesellschaft vorzulegen.

I. Voraussetzungen an die Praxis

1. Anforderungen an den FACHARZT

- 75 transvenöse Schrittmacherimplantationen als primärer Operateur unter Anleitung eines erfahrenen Ausbilders, darunter mindestens 50% Zweikammersysteme und 25 Aggregatwechsel bzw. Revisionseingriffe und 250 Schrittmacherkontrollen einschließlich Programmierung des Systems, davon mindestens die Hälfte bei Zweikammer- und frequenzadaptiven Systemen. *Die während der Facharztweiterbildung durchgeführten und nachgewiesenen Prozeduren werden angerechnet.* (Hemmer et al. 2009)
- **ALTERNATIV:** Nachweis einer kontinuierlichen Implantation von Herzschrittmachern, ICD-, oder CRT-Systemen in den Jahren 2008-2010. Die Teilnahme am Schrittmachermodul des Qualitätssicherungsregisters Invasivkardiologie (QuIK) ist verpflichtend. Qualitätssicherungsdaten der selektivvertraglich erbrachten Herzschrittmacher- und Defibrillatoren-Leistungen werden über die Qualitätssicherung Invasive Kardiologie (QuIK)

Anhang 2 zu Anlage 2

elektronisch erfasst und im QuIK-Register ausgewertet. Die Daten können vom QuIK-Modul ins nationale Qualitätssicherungsregister für Schrittmacherimplantationen weitergeleitet werden. Alternativ ist eine Eingabe in beide Register möglich. Der FACHARZT stimmt zu, dass die Vertragspartner seine externen Qualitätssicherungsdaten für die Evaluation dieser Leistungen auswerten können. Die Managementgesellschaft stellt den Vertragspartnern diese Daten mindestens jährlich in patientenanonymer Form zur Verfügung.

2. Personelle Voraussetzungen

Bei der Operation müssen mindestens 3 Personen (Operateur, Instrumentierpfleger und unsterile Hilfsperson) anwesend sein. Bei Risikopatienten muss darüber hinaus ein in der Notfall- und/oder Intensivmedizin erfahrener Arzt die Überwachung übernehmen. Die Anwesenheit eines Anästhesisten ist zudem bei Eingriffen, die in Narkose geplant werden, selbstverständlich. Zudem gelten die im Strukturpapier der DGK geforderten Voraussetzungen (Hemmer et al. 2009).

3. Räumliche/hygienische Voraussetzungen

- Der bauliche, funktionelle, raumluftechnische und hygienische Standard eines Operationsraumes muss gegeben sein. Zudem gelten die im Strukturpapier der DGK geforderten Voraussetzungen.(Hemmer et al. 2009)

4. Apparativ-technische und organisatorische Voraussetzungen

- Die apparativ/technische Ausstattung des Raumes, in dem die Implantation vorgenommen wird, muss dem Standard eines Operationssaales entsprechen.
- Durchleuchtungsmöglichkeit in verschiedenen Ebenen
- Zudem gelten die im Strukturpapier der DGK geforderten Voraussetzungen.(Hemmer et al. 2009)

5. Organisatorische Voraussetzungen

- Nach der Implantation muss die Überwachung des Patienten durch geschultes Personal sichergestellt sein. Bei Komplikationen muss ein Revisionseingriff notfallmäßig durchführbar sein, sei es durch den Operateur selbst oder entsprechend der Bereitschaftsdiensregelung. Wichtig ist eine adäquate Dokumentation über den erfolgten Eingriff und die gewählten Implantate, die einem nachbehandelnden Arzt alle wichtigen Informationen zugänglich machen.

6. Besonderheiten im ambulanten Bereich und Nachsorge

- Es muss sichergestellt sein, dass bei intraoperativen Komplikationen kompetente fachübergreifende Unterstützung kurzfristig verfügbar ist. Zudem gelten die im Strukturpapier der DGK geforderten Voraussetzungen (Hemmer et al. 2009). Insbesondere müssen ein Perikarderguss und ein Pneumothorax sicher ausgeschlossen sein, d.h. eine sonographische Kontrolle des Perikards und die Durchführung eines Röntgen Thorax vor Entlassung sind obligat. Ebenso ist eine Untersuchung des Patienten am nächsten Tag zur Wundkontrolle und Überprüfung der Systemintegrität durchzuführen, hierzu zählt eine komplette Kontrolle und Einstellung des Schrittmachersystems. **Dies ist Bestandteil der Implantationspauschale.**
- Die multiplen diagnostischen Hilfsmittel heutiger Systeme müssen bewertet und eine individuelle Programmierung vorgenommen werden. Dies erfordert eine spezielle Ausbildung und die Verfügbarkeit der gerätespezifischen Programmiergeräte.

II. Verwendete Aggregat-Sondensysteme

- Die im Rahmen des 73c-Vertrags implantierten Schrittmacher-Sondensysteme müssen dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Bei der Auswahl der Systeme sollen insbesondere folgende Punkte berücksichtigt werden:
 - Leitlinienkonforme Auswahl der Implantate
 - möglichst lange Batterielaufzeiten zur Reduktion von Aggregatwechsell
 - ggf. Telemetriefähigkeit der Aggregate (Wilkoff et al. 2008)
 - Nutzung automatischer Funktionen (RS-Messung, Wahrnehmung usw.)
 - ggf. MRT-Kompatibilität
- Die BNK-Service-GmbH führt Verhandlungen mit den verschiedenen Herstellern. Die FACHÄRZTE können Aggregate, Sonden und Verbrauchsmaterialien über die Service GmbH beziehen. Ein alternativer Bezug der Geräte und Materialien ist ebenfalls möglich.

III. Konsequenzen bei Qualitätsmängeln

Falls bei der Auswertung der Qualitätssicherungsdaten einzelne FACHÄRZTE auffällig werden (z.B. ansteigende Komplikationsrate von Infektionen, Perforationen, Sondendislokationen und Pneumothorax sowie Reinterventionen innerhalb von 12 Monaten [z.B. Schmerz, Infektion, Hämatom usw.]

- führt der BNK Retrainingmaßnahmen mit diesem FACHARZT durch und
- kann der BEIRAT über Konsequenzen bis hin zum Vertragsausschluss dieses FACHARZTES beraten.

Literaturverzeichnis

Hemmer, W.; Rybak, K.; Markewitz, A.; Israel, C.; Krämer, L. -I; Neuzner, J. et al. (2009): Empfehlungen zur Strukturierung der Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie. In: Der Kardiologe, Jg. 3, H. 2, S. 108–120.

Rybak, K.; Nowak, B.; Pfeiffer, D.; Frölig, G.; Lemke, B. (2008): Kommentar zu den ESC-Leitlinien "Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy". In: Der Kardiologe, Jg. 2, H. 6, S. 463–478.

Vardas, Panos E.; Auricchio, Angelo; Blanc, Jean-Jacques; Daubert, Jean-Claude; Drexler, Helmut; Ector, Hugo et al. (2007): Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. The Task Force for Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association. In: Europace, Jg. 9, H. 10, S. 959–998.

Wilkoff, Bruce L.; Auricchio, Angelo; Brugada, Josep; Cowie, Martin; Ellenbogen, Kenneth A.; Gillis, Anne M. et al. (2008): HRS/EHRA expert consensus on the monitoring of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs): description of techniques, indications, personnel, frequency and ethical considerations. In: Heart Rhythm, Jg. 5, H. 6, S. 907–925.

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen zur ambulanten Durchführung und Befundung der Kardio-MRT Untersuchungen

Die ambulante Durchführung und Befundung der Kardio-MRT Untersuchungen im Rahmen des AOK-Facharztprogramms bzw. Bosch BKK Facharztprogramms Kardiologie ist an formale und qualitative Kriterien gebunden. Insbesondere sind bei der Indikationsstellung die maßgeblichen Leitlinien zu beachten. Als Grundlage dienen dabei insbesondere die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauferkrankungen (DGK) sowie die aktuell gültigen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC).

Die Durchführung und Befundung von Kardio-MRT-Untersuchungen im Rahmen dieses Vertrages obliegt dem KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN und darf nur vorgenommen werden, wenn alle Voraussetzungen nach diesem Anhang erfüllt werden. Die entsprechenden Nachweise sind der Managementgesellschaft mit Antragstellung vorzulegen.

Es muss ein klinisch relevanter Befund vorliegen, der eine Kardio-MRT Untersuchung rechtfertigt und aus der Untersuchung müssen therapeutische Konsequenzen ersichtlich sein /folgen. Die Verantwortung für die medizinische Notwendigkeit und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Durchführung, Veranlassung, Durchführung und Befundung obliegt dem KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN; die individuelle Kosten-Nutzen-Abwägung ist zwingend erforderlich, d.h. z.B. nicht erbracht, wenn keine therapeutischen Konsequenzen ersichtlich sind.

Kardio-MRT – Anforderungen und Prozesse

1. Indikationen für die MRT-Diagnostik

Die Diagnostik mit Kardio-MRT setzt neben der leitliniengerechten Indikationsstellung mindestens eine nach Durchführung weiterer diagnostischer Untersuchungen festgestellte Indikationen voraus:

- a) Nichtinvasive Ischämie-Diagnostik (Stress-MRT)
- b) Vitalitätsdiagnostik bei Ischämischer Kardiomyopathie
- c) Abklärung LV Hypertrophie
- d) Abklärung/Verlaufskontrolle LV-/RV-Funktionseinschränkung (Kardiomyopathien)
- e) V.a. Myokarditis
- f) V.a. Perikarditis
- g) V.a. myokardiale Speichererkrankungen
- h) V.a. Sarkoidose
- i) Weitere Abklärung bei unklarem Echobefund
- j) Erwachsene mit angeborenem Herzfehler (EMAH) Patienten
- k) Kardiale Tumore

2. Anforderungen an den KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN für die Befundung und Durchführung der MRT-Diagnostik

- a) Der KARDIO-MRT-KARDIOLOGE nimmt als FACHARZT am Facharztvertrag Kardiologie teil.
- b) Der KARDIO-MRT-KARDIOLOGE verfügt über die Zusatzweiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie gem. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der Fassung vom 18. Mai 2020 oder mindestens über Stufe 2 des DGK-Curriculums (CMR).¹ Ein Nachweis ist der Managementgesellschaft vorzulegen.
- c) Nach § 4 der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) gem. § 135 Abs. 2 SGB V kann der KARDIO-MRT-KARDIOLOGE die MRT-Bildgebung nur in Kooperation mit einem Radiologen (vgl. § 31 Hauptvertrag und Anlage 19) durchführen oder an einen Radiologen übertragen, der die Voraussetzungen nach den Ziffern 3 und 4 lit. b) erfüllt sowie den Qualitätsvorgaben gemäß der Richtlinie des G-BA über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie nach § 135b Absatz 2 SGB V nachkommt.

3. Apparativ-technische und organisatorische Voraussetzungen der MRT-Bildgebung (gegenüber der Managementgesellschaft nachzuweisen)

- a) MRT-Scanner mit der Feldstärke 1.5T oder 3.0T
- b) Dezidierte Oberflächenspule für Herz-Bildgebung ist vorhanden
- c) EKG muss während der Untersuchung ableitbar sein
- d) Bei Stressuntersuchungen: Blutdruckmessungen vor, während und nach Applikation des pharmakologischen Stressmittels
- e) Etablierte SSFP-Cine-, Perfusions-, und Late Gadolinium Enhancement Sequenzen können durchgeführt werden
- f) Flusssensitive Messungen, insbesondere zur Evaluation von Vitien sind vorhanden
- g) Der Zugang zu einem Rechner mit einer speziellen Auswertesoftware für kardiale Bildgebung ist gegeben

4. Durchführung und organisatorische Umsetzung:

- a) Erfüllt ein FACHARZT die in Ziffer 2 und 3 genannten Voraussetzungen nicht, kann er einen KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN, der diese Voraussetzungen erfüllt, mit der Durchführung und Befundung der MRT-Diagnostik beauftragen. Der KARDIO-MRT-KARDIOLOGE wählt für die Bildgebung einen Kooperationspartner (Radiologen, vgl. § 31 Hauptvertrag und Anlage 19) mit einer technisch geeigneten MRT-Einheit mindestens nach den Anforderungen gemäß Ziffer 3
- b) Der radiologische Kooperationspartner nach lit. a) verfügt über die Genehmigung seiner zuständigen KV für radiologische Leistungen nach Kap. 34.4 EBM oder ist als

¹ Curriculum Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, veröffentlicht in: Der Kardiologe 2014, 8:451–461, Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg; in Verbindung mit Addendum zum CMR, veröffentlicht in: Der Kardiologe 2017, 11:219–220, ebd.; s. auch: <https://leitlinien.dgk.org/2014/curriculum-kardiale-magnetresonanztomographie-cmr/>

stationärer Leistungserbringer im Landeskrankenhausplan aufgenommen. Der Nachweis ist jeweils gegenüber der Managementgesellschaft zu erbringen.

5. Überprüfung der Versorgungsziele

Die Vertragspartner evaluieren, die nach diesem Anhang veranlasste und durchgeführte MRT-Diagnostik hinsichtlich der Versorgungsziele dieses Vertrags. Dies gilt insbesondere für die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie die leitliniengerechte Indikationsstellung der MRT-Diagnostik.

6. Geltungsdauer

Die Durchführung und Abrechnung der Kardio-MRT-Untersuchungen nach diesem Anhang 3 wird für die Zeit vom 01.04.2020 bis 31.12.2023 vereinbart. Über eine Fortsetzung dieser Regelung verständigen sich die Vertragspartner bis zum 30.06.2023 unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse nach Ziffer 5.

7. Literaturverzeichnis

- Hombach, V., Kelle, S. et al.: Curriculum Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)-in: Der Kardiologe 2014/8, S. 451-461
- Rolf, A., Eitel, I. et al.: Addendum zum „Curriculum Kardiale Magnetresonanztomographie (CMR)“ in: Der Kardiologe 2017/11, S. 219-220
- European Society of Cardiology (ESC): 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes
- Nationale Versorgungs-Leitlinie „Chronische KHK“ (5. Auflage, 2019)
- Beer, M., Miller, S. et al.: Abrechnung Herzdiagnostik mit MRT und CT nach GOÄ in: RöFo 2018; 190; S. 371-382

Vertragssoftware und Hardware

ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

Die Liste der derzeit als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der FACHARZT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de im Bereich Verträge abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt.

II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

Der FACHARZT stellt sicher, dass seine eingesetzte Hard- und Software den Systemvoraussetzungen seiner gewählten Vertragssoftware entspricht. Die Systemvoraussetzungen der Vertragssoftware können beim jeweiligen Hersteller angefragt werden.

III. Weitere technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

- (1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. DSL. Empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung.
- (2) Ausstattung mit einem Arztinformationssystem/einer Praxissoftware mit Zertifizierung gemäß BMV-Ä.

IV. Kosten für die Nutzung der Vertragssoftwareprogramme

Die Preise für Installation und Nutzung der Vertragssoftware erfährt der FACHARZT bei deren Anbieter.

HINWEIS: Für die Nutzung von z.B. DSL entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der FACHARZT mit seinem Internet Service Provider getroffen hat.

ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

Der FACHARZT ist darüber hinaus verpflichtet, Daten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg an das Abrechnungszentrum der Managementgesellschaft zu übermitteln.

I. Zulässige Datenübertragungswege

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgender Datenübertragungsweg ist zulässig:

- (1) Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen gemäß ABSCHNITT I. Im Laufe des ersten Teilnahmequartals des FACHARZTES muss der Konnektor installiert sein. Die Funktionsfähigkeit muss gegenüber der Managementgesellschaft durch ein Installationsprotokoll oder eine Testübertragung von Abrechnungsdateien (Testabrechnung) nachgewiesen werden.
- (2) Praxisbezogener HZV Online Key.

HINWEIS: Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten.

ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSTÖRUNGEN

Die AOK und die Managementgesellschaft leisten keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der Vertragssoftware oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme werden von dem jeweiligen Anbieter von Hardware und Vertragssoftware bzw. Konnektor behoben.

AOK-Patientenpass

Der FACHARZT ist nach Maßgabe von § 5 Abs. 4 lit. i) des Vertrages zur Befüllung eines elektronischen AOK-Patientenpasses auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten und soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen, verpflichtet.

Abschnitt I: ELEKTRONISCHER AOK-PATIENTENPASS

I. Elektronischer Patientenpass

- (1) Die AOK bietet allen HzV-Versicherten, also auch den in das AOK-FacharztProgramm Kardiologie eingeschriebenen Versicherten, auf freiwilliger Basis im Rahmen eines Forschungsvorhabens die Nutzung eines persönlichen elektronischen Patientenpasses an.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg informiert die HzV-Versicherten über die Nutzungsmöglichkeit eines elektronischen Patientenpasses.
- (3) Der FACHARZT informiert den eingeschriebenen Versicherten über die Vorteile eines elektronischen Patientenpasses.
- (4) Für einen eingeschriebenen Versicherten, der einen elektronischen Patientenpass führt, ist der FACHARZT auf Wunsch des eingeschriebenen Versicherten verpflichtet, medizinisch wesentliche Befunde und Berichte sowie weitere relevante Informationen elektronisch in den Patientenpass einzustellen, soweit dies technisch möglich ist.
- (5) Sofern eingeschriebene Versicherte von ihrem bisherigen Arzt oder gewählten HAUSARZT oder FACHARZT bereits einen papiergebundenen Patientenpass erhalten haben, kann dieser weitergeführt werden. Die Anlage eines elektronischen Patientenpasses soll angestrebt werden.

Abschnitt II: FUNKTIONALITÄTEN DES AOK-PATIENTENPASSSES

I. Funktionalitäten des AOK-Patientenpasses sind insbesondere:

- Basisnotfalldatensatz (nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: Gematik-Notfalldatensatz);
- Dokumentenverwaltung;

- Dokumentation von Medikamenten mit der Möglichkeit der Prüfung auf Wechselwirkungen;
- Dokumentation von Diagnosen;
- Dokumentation von Messwerten;
- Dokumentation der Blutgruppe;
- Dokumentation von Gesundheitsrisiken;
- Dokumentation von Allergien und Unverträglichkeiten;
- Dokumentation von Impfungen;
- Dokumentation der Familienanamnese;
- Dokumentation der Arztbesuche und Aufenthalte in medizinischen Einrichtungen;
- Kalenderfunktion;
- Möglicher Austausch zwischen Praxissoftware und AOK-Patientenpass. II. Zugriff

II. Nur der jeweilige Versicherte hat uneingeschränkten Zugang zu den im elektronischen AOK-Patientenpass hinterlegten Daten, d.h. Eintragungen des Versicherten können durch Dritte nicht überschrieben werden. AOK, MEDIVERBUND, BNK Service GmbH und der Anbieter des AOK-Patientenpasses haben keinen Zugriff auf die dort abgelegten Daten.

Versicherte können Ärzten verschiedene Berechtigungen (Schreib- und Leserechte) erteilen, so dass auch diese Einblick in die Daten des elektronischen AOK-Patientenpasses haben und selbst Eintragungen vornehmen können. Eintragungen von HAUS- bzw. FACHÄRZTEN einerseits und Patienten bzw. sonstigen von den Patienten zum Zugriff berechtigten Personen (z.B. Angehörige) andererseits werden unterschiedlich gekennzeichnet.

Abschnitt III: TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN

Die Voraussetzungen zur Nutzung eines AOK-Patientenpasses werden im Pflichtenheft gem. **Anlage 10** beschrieben. Für das Befüllen des elektronischen AOK-Patientenpasses ist ein ISDN-Anschluss in der Arztpraxis Mindestvoraussetzung.

Abschnitt IV: DATENSCHUTZ

Zur Nutzung des AOK-Patientenpasses wird zwischen dem Anbieter des AOK-Patientenpasses und dem Versicherten, der den AOK-Patientenpass nutzen will, eine gesonderte Vereinbarung getroffen. Hierin werden die Belange des Datenschutzes geregelt.

Starterpaket FACHARZT

Das Starterpaket FACHARZT enthält insbesondere

- Ggf. Infomaterialien der AOK
- Ggf. Bestellformulare für weitere Unterlagen

PROZESSBESCHREIBUNG FACHARZT

Vertragsbeitritt des FACHARZTES und Einschreibung von HzV-Versicherten in das AOK-Facharztprogramm Kardiologie

0 Inhaltsverzeichnis

0	Inhaltsverzeichnis	1
1	FACHARZT	2
1.1	Vertragsteilnahme des FACHARZTES	2
1.1.1	Versendung des Infopakets	2
1.1.2	Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft	2
1.1.3	Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ	2
1.1.4	Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen	2
1.1.5	Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme	3
1.1.6	Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen	3
1.1.7	Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses	4
1.2	Änderungen im FACHARZT-Bestand	4
1.2.1	Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand	4
1.2.2	Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg	4
1.2.3	Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland	4
1.2.4	Tod des FACHARZTES	5
1.2.5	Wegfall der Vertragsarztzulassung/ der Zulassung des MVZ	5
1.2.6	Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT	5
1.3	Informationspflicht des FACHARZTES	5
2	Eingeschriebene Versicherte	5
2.1	Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)	5
2.1.1	Einschreibung beim FACHARZT	5
2.1.2	Verarbeitung der Versicherteneinschreibung bei der AOK/Bosch BKK	7
2.1.3	Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung	7
2.1.4	Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte	7
2.2	Änderungen im Versichertenbestand	7

1 FACHARZT

1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES

1.1.1 Versendung des Infopaketes

Zum Beginn der Vertragslaufzeit versendet die Managementgesellschaft ein Infopaket gemäß **Anlage 1** zum Vertrag an alle der Managementgesellschaft bekannten und teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß § 2 des Vertrages. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen

- Teilnahmeerklärung FACHARZT
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES und Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertrags-Schulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Gleichzeitig steht eine FACHARZT-Teilnahmeerklärung auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES (www.medi-verbund.de) zum Download zur Verfügung.

1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft

Der teilnahmeberechtigte Facharzt füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese per Brief mit den nötigen Nachweisdokumenten an die Managementgesellschaft.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die Managementgesellschaft Kontakt mit dem Vertragsarzt auf und fordert die fehlenden Informationen schriftlich an.

Bei Teilnahme von BAG (z.B. Gemeinschaftspraxen) muss jeder Vertragsarzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ

Die Managementgesellschaft erfasst den Teilnahmewunsch des Vertragsarztes/MVZs mit dem Status "angefragt" in ihrer Datenbank. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages.

1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

Die Überprüfung der im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Managementgesellschaft. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere geprüft:

- Zulassung als kardiologisch tätiger Vertragsarzt oder zugelassenes MVZ, das Leistungen durch kardiologisch tätige Ärzte erbringt, mit Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg; persönlich ermächtigte Ärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen, müssen die für die Behandlung notwendigen Räumlichkeiten in Baden-Württemberg nachweisen;
- Ausstattung mit einer Vertragssoftware
- Vorhalten eines Konnektors/Online-Keys
- Teilnahme des Arztes und mindestens einer/s medizinischen Fachangestellten an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten kardiologisch tätigen Arztes im MVZ an einer Präsenzveranstaltung bzw. Onlinevertragsschulung); Der Vertragsarzt/das MVZ übermittelt die für ihn und den/die medizinische(n) Fachangestellte(n) ausgestellten Teilnahmenachweise an die Managementgesellschaft.

Die Teilnahme des Facharztes am DMP im Sinne der **Anlage 2** zum Vertrag prüft die AOK.

1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Vertragsarzt/ das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Vertragsarzt von der Managementgesellschaft eine Bestätigung über Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem beim FACHARZT das Bestätigungsschreiben über seine Vertragsteilnahme eingeht (§ 3 Abs. 4 lit. b des Vertrages), in der Regel per Fax. Im Bestätigungsschreiben ist der Tag des Beginns der Vertragsteilnahme (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt. Eine Bestätigung über eine Vertragsteilnahme erfolgt in Abhängigkeit zur Regelung in Anlage 8. Wird während der Vertragslaufzeit dieser Anteil unterschritten, kann die AOK gemäß § 17 Abs. 3 des Vertrages kündigen.

Erfüllt der Vertragsarzt/ MVZ die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält der Vertragsarzt in einem Vier-Wochen-Rhythmus ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die Managementgesellschaft prüft regelmäßig die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Vertragsärzten, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Vertragsarzt nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahmeantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der Managementgesellschaft wird gelöscht.

1.1.6 Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen

Nach Versand des Bestätigungsschreibens erfolgt der Versand der Starterpakete gemäß **Anlage 5** zum Vertrag durch die Managementgesellschaft oder ein von ihr beauftragtes Unternehmen.

1.1.7 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses

Die Managementgesellschaft sendet täglich an die AOK das Gesamtteilnehmerverzeichnis nach Maßgabe der zwischen AOK und Managementgesellschaft vereinbarten Regelungen (Fachkonzept gemäß **Anlage 9** zum Vertrag).

1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand

1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand

Änderungen im FACHARZT-Bestand können durch die FACHÄRZTE und die AOK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des FACHARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des MVZ;
- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT durch die Managementgesellschaft.
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Kardiologen

1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von FACHÄRZTEN, sofern sie an die Managementgesellschaft gemeldet werden oder die Managementgesellschaft davon Kenntnis erlangt, werden in der Datenbank erfasst und an die AOK gemeldet.

1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.4 Tod des FACHARZTES

Verstirbt ein FACHARZT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

1.2.5 Wegfall der Vertragsarztzulassung/ der Zulassung des MVZ

Bei Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/ MVZ (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, Ablauf der Ermächtigung etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT

Im Falle einer ordentlichen (grundsätzlich Drei-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 19 Abs. 2, 26 Abs. 4 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT (§ 8 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung. Das Versäumen von Fristen zur Erfüllung obligatorischer Teilnahmevoraussetzungen führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme zum Fristende.

1.3 Informationspflicht des FACHARZTES

Der FACHARZT muss die in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Änderungen, die sämtlich Einfluss auf seine Vertragsteilnahme als FACHARZT oder abrechnungsrelevante Informationen haben können, spätestens drei Monate vor Eintritt der Änderung gegenüber der Managementgesellschaft und der AOK durch Übermittlung des Stammdatenblatts schriftlich anzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachdem er von der jeweiligen Änderung Kenntnis erlangt hat, anzuzeigen. Schuldhaftes Zögern und verspätete Übermittlung von Änderungen führen zur Rückforderung bereits gezahlter Vergütung sowie zu Schadensersatzforderungen für entstandene Aufwände gemäß ABSCHNITT III der **Anlage 12** des Vertrages.

2 Eingeschriebene Versicherte

2.1 Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)

2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT

Der Patient erklärt in der FACHARZT-Praxis seine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. BKK-Facharztprogramm. Der FACHARZT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen Teilnehmer und druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm“ (BKK) darf durch den FACHARZT inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm für mindestens 12 Monate verbindlich vereinbart;
- der Patient auf grundlegende Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt.

Darüber hinaus gelten alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß **Anlage 7**.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Patienten wird der Versicherte durch den FACHARZT über den Inhalt des AOK-FacharztProgrammes bzw. des Facharztprogrammes der Bosch BKK und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß Anlage 7 Anhang 2 (Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg bzw. Merkblatt zum Facharztprogramm der Bosch BKK) informiert und erhält diese Information schriftlich durch den FACHARZT ausgehändigt. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.

Vor Übersendung der Einschreibedaten muss der Arzt in seiner Vertragssoftware in einer Abfrage bestätigen, dass die Unterschrift des Versicherten vorliegt. Dazu wird auf den ausgedruckten Exemplaren der Teilnahmeerklärung ein vierstelliger Code zu lesen sein, der ebenfalls korrekt in der Vertragssoftware eingegeben werden muss, bevor der Datensatz an das beauftragte Rechenzentrum übermittelt werden kann.

Ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ händigt der FACHARZT dem Versicherten aus. Der FACHARZT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ entsprechend der geltenden Aufbewahrungsfristen in der Praxis aufzubewahren.

Damit die AOK bzw. BKK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK bzw. BKK auf Grund des entfallenen Beleginleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind, beispielhaft bei AOK-/BKK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte). Der FACHARZT verpflichtet sich, die Vertragspartner bei der Sachverhaltsklärung zu unterstützen. Im Bedarfsfall ist der AOK bzw. BKK eine Kopie der Teilnahmeerklärung auszuhändigen bzw. zu schicken. Darüber hinaus ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ durch die Vertragspartner möglich.

Eine Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK ist auch beim HAUSARZT möglich.

2.1.2 Verarbeitung der Versicherteneinschreibung bei der AOK/Bosch BKK

Die in der Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „FacharztProgramm der Bosch BKK“ aufgeführten Daten des Versicherten sendet der FACHARZT nach erfolgter Unterschrift durch den Versicherten und den FACHARZT online mittels der Vertragssoftware an den MEDIVERBUND. Dieser sendet die Einschreibedaten regelmäßig an die AOK/Bosch BKK bzw. den von ihr beauftragten Dienstleister. Die annehmende Stelle bei der AOK/Bosch BKK prüft die Versichertendaten und überträgt die Versichertenstammdaten in ein AOK-/Bosch BKK-internes System.

2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

Die AOK prüft durch Abgleich mit ihrem Versichertenbestand, ob der Patient bei der AOK versichert ist und an der HZV teilnimmt. Sind alle Versichertendaten korrekt ausgefüllt, kann der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen der AOK (**Anlage 7** zum Vertrag: Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm und Merkblatt für Versicherte) am AOK-FacharztProgramm Kardiologie frühestens zum Folgequartal teilnehmen.

2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte

Die AOK meldet die Teilnahme des Versicherten an die Managementgesellschaft in einem Teilnehmerverzeichnis (TVZ).

Wenn eine „Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm“ eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-FacharztProgramm Kardiologie mit Wirkung zum nächsten Quartal. Die Managementgesellschaft erhält eine Liste der teilnehmenden Versicherten grundsätzlich zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals. Da diese Liste immer nur in Abhängigkeit zur aktuellen HZV-Liste erstellt werden kann, verständigen sich die Vertragspartner bei Abweichungen.

Dem FACHARZT steht die Information über den Teilnahmezustand eines Patienten im AOK-FacharztProgramm Kardiologie zum Beginn eines Abrechnungsquartals über die Vertragssoftware zur Verfügung.

Die AOK informiert den teilnehmenden Versicherten über den Teilnahmezustand und das Beginn-Datum.

2.2 Änderungen im Versichertenbestand

Nach Maßgabe der AOK Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm Kardiologie können sich Änderungen im Versichertenbestand ergeben (z. B. Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm Kardiologie bzw. aus dem AOK-FacharztProgramm insgesamt).

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der Lieferung eines historisierten Teilnehmerverzeichnisses (TVZ gemäß 2.1.4) an die Managementgesellschaft übermittelt.

Teilnahmebedingungen HzV-Versicherte

Die Teilnahmebedingungen für HzV-Versicherte, die sich in das AOK FacharztProgramm Kardiologie einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der AOK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "AOK-FacharztProgramm" und einem "Merkblatt" zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in der Anlage zu diesem Anhang enthalten.

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

- aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.** Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.** In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Exemplar für den Patienten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.** Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.** In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Exemplar für den Arzt

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-FacharztProgramm?

Unter dem AOK-FacharztProgramm versteht man die Gesamtheit von Facharztverträgen der AOK Baden-Württemberg auf Rechtsgrundlage von § 73c (a. F.) oder § 140a SGB V. Ziel dieser Verträge ist es, flächendeckend die ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) zu verbessern und dabei besonders die Verzahnung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu fördern.

2. Welche Verträge gehören zum AOK-FacharztProgramm?

Die AOK Baden-Württemberg verfügt derzeit über einzelne Verträge in den Fachgebieten

- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (kurz: PNP)
- Orthopädie/Rheumatologie
- Urologie
- Diabetologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- TeleDermatologie (hausärztlich angeforderte Telekonsile aus dem Fachgebiet Dermatologie)

3. Wer kann am AOK-FacharztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

4. Hinweise zu Ihrer Teilnahme sowie zur Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese können Sie bei einem/r Hausarzt/ärztin des AOK-HausarztProgramms oder einem/r teilnehmenden Facharzt/ärztin der unter Ziffer 2 genannten Verträge abgeben. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Patienteninformation zum Datenschutz).

Die Teilnahme am FacharztProgramm umfasst **alle** unter Ziffer 2 genannten **Verträge**, d. h. es erfolgt keine Teilnahme je Vertrag, sondern eine gesamthafte Teilnahme an allen Verträgen. Die Teilnahme schließt auch zukünftige Verträge des AOK-FacharztProgramms ein, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Teilnahmeerklärung noch nicht abgeschlossen sind. Über die neuen Verträge werden Sie jeweils gesondert informiert.

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) sowie für bestimmte Hilfsmittel (etwa für Diabetiker) und ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i unserer Satzung.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli oder 1. Okt.). Über Ihren individuellen Starttermin informiert Sie ein Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen sein.

Beispiele:

- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April;*
- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli*
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kann mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-FacharztProgramm, 70120 Stuttgart). Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg oder mit dem Ende der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm. Bei einer Beendigung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufgrund der Beendigung der Tätigkeit des gewählten Hausarztes verbleiben Sie ein weiteres Quartal im AOK-FacharztProgramm. In diesem Übergangsquartal haben Sie die Möglichkeit, einen neuen Hausarzt zu wählen und somit im AOK-FacharztProgramm zu verbleiben.

Im Falle der Erweiterung des AOK-FacharztProgramms um einen neuen Vertrag (siehe Ziffer 2) erhalten Sie unabhängig von der Mindestbindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat nach Information der AOK über den neuen Vertrag. Die Sonderkündigung wirkt zum Ende des nächstmöglichen Quartals.

e) Widerruf

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verbunden?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verpflichten Sie sich, grundsätzlich Arztpraxen in Anspruch zu nehmen, die an einem der unter Ziffer 2. genannten Verträge teilnehmen.* Teilnehmende Ärzte oder Psychotherapeuten sind tagesaktuell unter der Internetseite <https://www.medi-arztsuche.de/> abrufbar.

* Die Verpflichtung zur vorrangigen Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten des FacharztProgramms gilt nicht bei Dermatologen und nicht in medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes. Darüber hinaus können Ärzte/innen konsultiert werden, deren Fachrichtung nicht Bestandteil des AOK-FacharztProgramms ist.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflicht kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kündigen. Hierüber werden Sie gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Darüber hinaus ist bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen die Verpflichtungen aus dem FacharztProgramm eine Beteiligung an den Mehrkosten möglich, die der AOK Baden-Württemberg durch die unbegründete Konsultation von Praxen außerhalb des Programms entstehen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm können Sie alle Vorteile aus den einzelnen Verträgen in Anspruch nehmen. Diese umfassen u. a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO):

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode

Diese Daten werden von der einschreibenden Arzt- bzw. Therapeutenpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: <https://www.medi-verbund.de/>.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Sozialdaten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/Therapeutin verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- Krankenkasse, einschließlich Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- Familienname und Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Geschlecht des Versicherten
- Anschrift des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Versichertenstatus
- Zuzahlungsstatus des Versicherten
- Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte: Datum des Fristablaufs
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

Bei der Durchführung eines dermatologischen Telekonsils werden ausschließlich die hierfür notwendigen Daten erhoben und verarbeitet. Dies sind:

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer
- Bilddokumentation(en) der untersuchten Hautstellen
- Behandlungsinformationen (Gesundheitsdaten)
- Daten, auf denen die Behandlung basiert (Laborwerte, Messdaten, Gesundheitsdaten)

Die Übermittlung der Daten erfolgt durch Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin verschlüsselt an einen am AOK-Facharztvertrag TeleDermatologie teilnehmenden Dermatologen. Weitere Informationen zum Facharztvertrag TeleDermatologie sowie zu den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten/Fachärztinnen finden Sie unter <https://www.medi-arztsuche.de>.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung: Behandlungsvertrag gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. h), Abs. 3 EU-DSGVO, §§ 630a, 630c Abs. 1 BGB mit dem jeweiligen Arzt. Ihre Einwilligung, sofern es um die Anfertigung der Bilddokumentation sowie die Weiterleitung an einen Dermatologen geht, gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO.

Im Anschluss an die Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer und Versichertenstatus
- Arztnummer; in Überweisungsfällen Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

* Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 EU-DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-FacharztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharzt-Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter:

<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>



BOSCH



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Exemplar für den Patienten



BOSCH

BKK

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Exemplar für den Arzt

Merkblatt zum Facharztprogramm für Versicherte der Bosch BKK



Facharztprogramm – was ist das?

Mit dem Facharztprogramm wollen die Bosch BKK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel ist es, flächendeckend die besondere ambulante fachärztliche Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) in besonderer Qualität zu gewährleisten und die Koordinierungsfunktion Ihres gewählten Hausarztes zu nutzen. Ihre Teilnahme am exklusiven Facharztprogramm ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie schreiben sich verbindlich für mindestens 12 Monate in die besondere ambulante fachärztliche Versorgung ein.
- Fachärzte/Therapeuten dürfen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes (Hausarztprogramm) in Anspruch genommen werden.
- Teilnehmen können alle Versicherten der Bosch BKK, die am **Hausarztprogramm** teilnehmen. Ausnahmen, z. B. Mindestalter, werden im Kapitel „Fachgebiete“ genannt.

Fachgebiete im Facharztprogramm

Kardiologie
Gastroenterologie
Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (PNP)
Orthopädie/Rheumatologie
Urologie
Pneumologie (ab 01.07.2021)
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (voraussichtlich ab 2021)

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- Qualitätsgesicherte fachärztliche/therapeutische Versorgung, Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. - Fr.)
- Mindestens eine Abendterminsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für Berufstätige
- Nach Möglichkeit Reduzierung der Wartezeit auf maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung
- Schnelle Terminvergabe bis 2 Wochen nach Anmeldung
- In dringenden Fällen erhalten Sie bei Vermittlung durch Ihren Hausarzt innerhalb eines Tages einen Termin bei Fachärzten bzw. innerhalb von 3 Tagen bei Psychotherapeuten
- Mehr Zeit für die Beratung
- Breites diagnostisches und therapeutisches Angebot

Besonderheiten für das Fachgebiet Kardiologie:

Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Direktinanspruchnahme von Kinderkardiologen möglich. Danach ist die Behandlung von angeborenen Herzfehlern beim Kinderkardiologen nur auf Überweisung durch den gewählten Hausarzt oder einen Facharzt, der am Bosch BKK Facharztprogramm der Kardiologie teilnimmt, möglich.

Besonderheiten für das Fachgebiet Urologie:

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung habe ich die Möglichkeit, bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms und der sich daraus ergebenden Indikation einer Operation (vollständige oder teilweise Entfernung der Prostata) vorzugsweise ein DKG-zertifiziertes Krankenhaus (Prostatakrebszentrum) in Baden-Württemberg aufzusuchen.

Einschreibung

Ihre schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung können Sie bei einem teilnehmenden Facharzt, Psychotherapeuten oder Hausarzt ausfüllen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme am Facharztprogramm für mindestens 12 Monate.

Wenn Sie sich nicht für das Facharztprogramm entscheiden, verbleiben Sie, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Arzt/Therapeut händigt Ihnen eine Kopie der Teilnahmeerklärung aus. Danach erfasst der Arzt/Therapeut Ihre Teilnahmeerklärung in seinem Praxissystem als elektronischen Datensatz, der dann unverzüglich datenschutzkonform an die Bosch BKK zur Prüfung übermittelt wird. Fällt die Prüfung positiv aus, werden Sie durch ein Begrüßungsschreiben darüber informiert, wann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm beginnt. In der Regel beginnt sie im Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Bosch BKK ein oder wird für die Prüfung noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen. Wird die Teilnahme abgelehnt, erhalten Sie eine Mitteilung der Bosch BKK. Die Bosch BKK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere keine Teilnahme am Hausarztprogramm; ungeklärter Versichertenstatus; keine Versicherung unmittelbar bei der Bosch BKK).

Sie erklären mit Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm auch Ihre Teilnahme an zukünftigen Facharztverträgen, die analog dieses Vertrags möglicherweise noch geschlossen werden.

Über neue Verträge informieren wir Sie rechtzeitig. Sofern Sie mit diesen Änderungen nicht einverstanden sind, können Sie Ihre Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung insgesamt unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie von der Bosch BKK über die Vertragsänderung informiert wurden. Für Sie endet dann die Teilnahme am Facharztprogramm. Sie werden wieder in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) bleibt bestehen.

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Bosch BKK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung

Frühestens zum Ablauf der 12 Monate kann die Teilnahme am Facharztprogramm **insgesamt** ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 1 Monat vor Ablauf der 12 Monate gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate. Eine Kündigung ist schriftlich zu richten an:

Bosch BKK
Facharztprogramm Teilnehmemanagement
Kruppstr. 19

70469 Stuttgart

Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/ Gynäkologe/Kinderarzt ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Facharztprogramm.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung durch die Bosch BKK für das Facharztprogramm geregelt. Für die Teilnahme am Facharztprogramm ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz

abgibt, unter anderem da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über eine Managementgesellschaft auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre freiwillige Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Darin erklärt der Versicherte sich insbesondere mit den im Folgenden näher beschriebenen Datenerhebungs-, verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. Damit Sie sofort die Vorteile der schnellen Terminvergabe in dringenden Fällen nutzen können, kann der Facharzt/Therapeut, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Facharztprogramm realisieren. Damit wird verhindert, dass Sie auf schnelle Termine bzw. Therapieserien ggf. verzichten müssen. Sie haben von dieser Regelung nur Vorteile und willigen in die Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Versichertenbefragung

Für die Bosch BKK ist es wichtig, wie zufrieden Sie mit dem Facharztprogramm sind, vor allem wie Sie die Qualität der Versorgung beurteilen. Dies ist Grundlage für Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind daher Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen vorgesehen, an die Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) ohne weitere persönliche Angaben ggfs. weitergeleitet werden. Die Teilnahme an der Versichertenbefragung ist selbstverständlich freiwillig. Vor einem potentiellen Anruf erhalten Sie die Möglichkeit, der anstehenden Befragung zu widersprechen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (behandelnde Haus- und Fachärzte, Therapeuten) notwendig. Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Facharztprogramm sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte und anderen Leistungserbringer von Ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Versorgungsmanagement der BKK

Die Bosch BKK bietet Ihnen im Rahmen des Facharztprogramms ein besonderes Versorgungsmanagement an. Dieses unterstützt Sie oder Ihren Arzt bei Ihren speziellen Fragen zu einer Erkrankung, bevorstehenden Operationen etc. **Hierfür kann sie Ihre vorhandenen Daten für Ihre individuelle Beratung heranziehen und ggf. mit Ihnen oder Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen.** Die Bosch BKK berücksichtigt dabei selbstverständlich die Datenschutzvorgaben und die Einhaltung der Schweigepflicht Ihres Arztes.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Der elektronische Datensatz Ihrer Teilnahmeerklärung wird von Ihrem Arzt/Therapeuten über die für die Umsetzung des Facharztprogramms ausgewählte Managementgesellschaft datenschutzkonform an die Bosch BKK übermittelt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft, an die Managementgesellschaft gesandt und dort in die Datenverarbeitung eingelesen. Übermittelt werden Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer), Daten zum einschreibenden Arzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen. Auch die Beendigung einer Teilnahme wird an die Managementgesellschaft gemeldet.

Die Managementgesellschaft stellt elektronisch den am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten die Information über Ihren Teilnahmestatus zur Verfügung. Dies ist wichtig, denn nur wenn z. B. Ihr

Hausarzt weiß, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen, können Sie zu den teilnehmenden Ärzten überwiesen werden und von den Vorteilen des Facharztprogramms profitieren. Die teilnehmenden Ärzte/Therapeuten übermitteln Ihre Diagnosen sowie Leistungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten zur Abrechnung an die Managementgesellschaft. Die Managementgesellschaft übermittelt diese Daten für die weitere Abrechnung und Abrechnungsprüfung an die Bosch BKK. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Sie als Versicherte/n bei Bedarf zu beraten.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Bosch BKK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der Bosch BKK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also ausdrücklich nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben. Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge- und Reha-Maßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen und andere.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungs- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt. Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Re-pseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der Bosch BKK der Personenbezug zu Ihren Daten wieder hergestellt. Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Facharztprogramm ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Sollten das Facharztprogramm oder Ihre Behandlungsdaten durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich bewertet werden, ist sichergestellt, dass Ihre Behandlungs-, Verordnungs-, Diagnose- und Abrechnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z.B. Alter oder Geschlecht) nur pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das Institut sind die Daten anonym, ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Facharztprogramm erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme. Die Gesamtergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden anschließend z. B. in der Mitgliederzeitschrift veröffentlicht oder dienen der Kontrolle und Vergütung von Qualitätsindikatoren, die zu erbringen sich die am Facharztprogramm teilnehmenden Ärzte verpflichtet haben.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Facharztprogramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte/Therapeuten und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht

- soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden,
- spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm.

Informationspflicht bei Erhebung personenbezogener Daten (Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung)

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Kasse für die Durchführung des Bosch BKK Facharztprogramms

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

Tel. 0711 / 25088-0
E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

2. Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Kruppstr. 1970469 Stuttgart
E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

3. Welche Daten werden innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm werden folgende Daten von Ihrem Haus- und/oder Facharzt bzw. Therapeuten verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversichertennummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am Bosch BKK-Hausarzt-/Facharztprogramm

Diese Daten werden in elektronischer Form zunächst vom Arzt an die Managementgesellschaft und von dort über eine beauftragte Abrechnungsstelle an die Bosch BKK weitergeleitet. Beide Stellen unterliegen ebenfalls den deutschen Datenschutzvorschriften. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 SGB V, i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die freiwillige Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

Die MEDIVERBUND AG ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen für Vertragsärzte, die sich u.a. um Leistungsabrechnungen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten kümmert.

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11 80 60 79-0
Fax: 07 11 80 60 79-566
E-Mail: info@medi-verbund.de

Wer ist die Abrechnungsstelle?

Die DAVASO GmbH ist führender Technologieanbieter und Dienstleister für gesetzliche Krankenversicherungen und weitere Akteure des Gesundheitsmarktes.

DAVASO GmbH
Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms werden folgende Daten von Ihrem behandelnden Facharzt bzw. Therapeuten für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben,
- der Familienname und Vorname,
- das Geburtsdatum,
- das Geschlecht,
- die Anschrift,
- die Krankenversichertennummer,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus,

- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gemäß den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der Arzt bzw. Therapeut die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend über die beauftragte IT-/Abrechnungsstelle an die Bosch BKK. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist Voraussetzung für die Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem behandelnden Arzt bzw. Therapeuten ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der Bosch BKK. Die Verarbeitung bei der Bosch BKK und deren beauftragte IT-/Abrechnungsstelle erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des Bosch BKK Facharztprogramms (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Zur Durchführung des Bosch BKK Facharztprogrammes gehört auch die Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der teilnehmenden Versicherten.

5. Worin bestehen Ihre Rechte?

Sie haben ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO). Das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) besteht nur, wenn die Verarbeitung nicht auf einer Rechtsvorschrift beruht. Zudem besteht das Recht der Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

6. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Bosch BKK Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

6.7 Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Datenschutzrechtliche Beschwerden können beim Datenschutzbeauftragten der Bosch BKK eingereicht werden oder bei:

Der/die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
 Graurheindorfer Straße 153
 53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

8. Haben Sie das Recht die Einwilligung zur Datenübermittlung zu widerrufen?

Sie haben das Recht, die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Stand: März 2021

Definition Flächendeckung

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Patienteneinschreibung erst dann erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages gegeben ist. Eine Flächendeckung ist dann gegeben, wenn landesweit in Baden-Württemberg mindestens 82 FACHÄRZTE an dem AOK-FacharztProgramm Kardiologie teilnehmen. Gleichzeitig muss in allen 14 AOK-Bezirksdirektionen eine 50%ige Teilnahme erreicht sein. Basis ist die Anzahl der Mitglieder des BNK in den jeweiligen AOK-Bezirksdirektionen (auf Basis der Mitgliederzahlen Stand November 2009). Der Beirat stellt die Flächendeckung fest. Die Managementgesellschaft teilt den Fachärzten, welche den Beitritt zum Vertrags erklärt haben, die Erreichung der Flächendeckung umgehend mit.

Fachkonzept MEDIVERBUND und AOK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) MEDIVERBUND, BNK Service GmbH und AOK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:
 - a) Die AOK steuert und bearbeitet Prozesse, die eingeschriebene Versicherte betreffen.
 - b) Die AOK führt insbesondere das Verzeichnis der eingeschriebenen Versicherten (TVZ) und übermittelt diese gemäß der Vorgaben der Fachkonzepte an die Managementgesellschaft.
 - c) Die AOK prüft insbesondere die Teilnahme der FACHÄRZTE an DMP im Sinne der Anlage 2 zum Vertrag und stellt der Managementgesellschaft die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.
 - d) Die Managementgesellschaft erhält die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z. B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK Rabattverträge abgeschlossen hat, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.
 - e) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
- (5) Die die FACHÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT (**Anlage 6**) beschrieben.

Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

Die AOK und der MEDIVERBUND haben sich auf die folgenden Vorgaben für die Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung geeinigt.

ABSCHNITT I: Vertragssoftware

I. Funktionen der Vertragssoftware

Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, müssen alle vertragsspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen): Die Definition aller Pflichtfunktionen wird im Pflichtenheft geregelt.

ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

- (1) Die AOK und die Managementgesellschaft werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderliche vertragsspezifische Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nicht-vertragsspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist für jeweils mindestens 1 Quartal abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an die Vertragssoftware.
- (2) Die AOK und die Managementgesellschaft werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragsspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens neun Wochen vor einem Quartalsbeginn in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragsspezifische Funktionalitäten nicht vor dem Beginn des auf dieses Quartal folgenden Quartals umgesetzt sein.
- (3) Das Pflichtenheft besteht aus vertraulichen Teilen, die Betriebsgeheimnisse der AOK und der Managementgesellschaft enthalten, sowie öffentlichen Teilen, die nach Maßgabe der folgenden Absätze offen gelegt werden („**Teil A**“). Bei dem Teil A handelt es sich um eine fachliche Beschreibung der Funktionalitäten für die Herstellung von Vertragssoftware. Die AOK und die Managementgesellschaft bestimmen im gegenseitigen Einvernehmen diejenigen Bestandteile des Pflichtenhefts, die vertrauliche Unternehmensgeheimnisse und/oder schützenswertes geistiges Eigentum darstellen und daher nicht öffentlich sind („**Teil B**“). Der Teil B beinhaltet insbesondere

- a) Substitutionsalgorithmen und die Listen des Arzneimittelmoduls;
 - b) Datenbasierte Verschlüsselung für das Abrechnungszentrum;
 - c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors/Online-Keys;
 - d) Anbindung an den elektronischen AOK Patientenpass;
 - e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelmoduls);
 - f) Algorithmen zur Steuerung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen
- (4) Der Teil B wird in einem gekapselten Kern von vertragspezifischen, nicht dekomplilierbaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt werden („**gekapselter Kern**“). Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK ein geeignetes Unternehmen („**Entwickler**“) mit der Entwicklung des gekapselten Kerns beauftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**“) eine Lizenz für die Nutzung des gekapselten Kerns im Rahmen des „**VERTRAGSSOFTWARE-VERTRAGS**“ erteilt werden kann.
- (5) Ein Softwarehersteller, der Vertragssoftware entwickeln möchte, muss den VERTRAGSSOFTWARE-VERTRAG mit dem MEDIVERBUND unterschreiben, um den Kern verwenden zu können und Zugriff auf die in Teil A definierten Vorgaben zu erhalten. Teil A ist hinsichtlich seiner technischen Vorgaben hinreichend spezifisch, um Softwarehersteller zur Entwicklung von Vertragssoftware bei gleichzeitiger Integration des gekapselten Kerns zu befähigen.
- (6) Die Managementgesellschaft wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen Zugriff auf den gekapselten Kern zu gewähren. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und einem möglichen Entwickler des gekapselten Kerns bestimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über den gekapselten Kern. Weder die AOK noch die Managementgesellschaft haften für Schäden im Zusammenhang mit der Überlassung des gekapselten Kerns an Softwarehersteller.
- (7) Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK jedem Softwarehersteller, der
- a) einen schriftlichen Antrag zur Offenlegung des Teil A an sie richtet,
 - b) seine Fachkunde und Zuverlässigkeit nachweist,
 - c) den VERTRAGSSOFTWARE-VERTRAG mit MEDIVERBUND geschlossen hat

Teil A zur Verfügung stellen. Der Nachweis nach lit. a) wird in der Regel durch die Vorlage eines Geschäftsberichtes erbracht, der die Tätigkeit des Softwareherstellers auf dem Gebiet der Softwareentwicklung belegt. Falls keine Lizenzvereinbarung zustande kommt, hat der Softwarehersteller das Pflichtenheft an die Managementgesellschaft zurückzugeben.

- (8) Die Managementgesellschaft kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch FACHÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von FACHÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.
- (9) Die Herstellung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Vertragssoftware liegt in der alleinigen Verantwortung des Softwareherstellers. Mit der Überlassung des Teil A wird weder durch die AOK noch durch die Managementgesellschaft eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des gekapselten Kerns in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers. Nicht vollständig umgesetzte und/oder veraltete Vertragssoftware-Versionen können zur Ablehnung von übermittelten Daten und zur Ablehnung von Vergütungen gemäß Abschnitte II und III der Anlage 12 führen.
- (10) Die Frist, innerhalb derer die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 7 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang aller in Absatz 7 genannten vollständigen Unterlagen bei der Managementgesellschaft nicht überschreiten.

II. Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen

- (1) Das Pflichtenheft gemäß vorstehender Ziffer I ist die Grundlage des Zulassungsverfahrens für Softwareprogramme als Vertragssoftware. Auf dem Pflichtenheft aufbauend wird durch die AOK und die Managementgesellschaft ein Kriterienkatalog erstellt, der die Grundlage für die Prüfung von Vertragssoftwareprogrammen ist. Er enthält Pflichtfunktionen und kann optionale Funktionen enthalten bzw. Funktionen, die erst nach einem Übergangszeitraum von optionaler Funktion zur Pflichtfunktion werden. Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs die Durchführung des Zulassungsverfahrens entweder selbstständig oder durch Beauftragung einer neutralen Prüfstelle durchführen.
- (2) Die Zulassung muss für jede neue Programmkomponente, die Kriterien des Kriterienkatalogs nach dem vorstehenden Absatz 1 berührt, und bei erheblichen Abweichungen von bestehenden Programmkomponenten nach Maßgabe von Absatz 2 neu durchgeführt und

erteilt werden. Werden Pflichtfunktionen bezüglich einzelner Programmkomponenten nach Prüfung durch die Prüfstelle nicht zugelassen, entfällt die Zulassung des jeweiligen Softwareprogramms als Vertragssoftware insgesamt.

- (3) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 73 c Abs. 4 Satz 3 SGB V, wonach die Zulassung einer Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erforderlich ist. Eine solche Zulassung ist für Vertragssoftware zusätzlich nicht erforderlich, damit sie von den FACHÄRZTEN genutzt werden kann.
- (4) Die Managementgesellschaft oder die gemäß Abs. 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der Managementgesellschaft oder der AOK eine bereits zugelassene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich aus einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem, begründeten Verdacht, dass Pflichtfunktionen nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die neutrale Prüfstelle die Zulassung entziehen. Die betreffenden Pflichtfunktionen sind insbesondere solche mit Auswirkung auf
 - (1) die Arzneimittelverordnung,
 - (2) die Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),
 - (3) die Verarbeitung von Formularen z. B. (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),
 - (4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des FACHARZTES,
 - (5) die elektronische Einschreibung von Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,
 - (6) die Online-Aktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen.

ABSCHNITT III: Datenübermittlung

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig: Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen; Einsatz eines HZV-Online-Keys.

ABSCHNITT IV: Abrechnungszentrum

Der FACHARZT ist verpflichtet, sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an das Abrechnungszentrum der Managementgesellschaft zu übermitteln (Abrechnungszentrum im Sinne des Vertrages):

MEDIVERBUND AG

Liebkechtstraße 2970565 Stuttgart

Schlichtungsverfahren

AOK, BNK Service GmbH und MEDIVERBUND („**Partei**“ bzw. „**Parteien**“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit diesem Vertrag gemäß § 73 c SGB V oder über seine Gültigkeit ergeben, auf das wie folgt näher beschriebene Schlichtungsverfahren geeinigt:

§ 1 Grundsätze des Schlichtungsverfahrens

- (1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (§ 4 Abs. 3, § 6).
- (2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.
- (3) Alle Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

§ 2 Person des Schlichters

- (1) Die Parteien bestimmen spätestens bis zum 01.07.2010 die Person eines Schlichters („**Erster Schlichter**“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.
- (2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens bis zum 01.07.2010 einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „**Schlichter**“).
- (3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils zwei weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.

- (4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.
- (5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

§ 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Jede der Parteien ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zu einer oder mehrerer Parteien Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere(n) Partei(en) unter
 - a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 durchzuführen.
- (2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („**Schlichtungsgegenstand**“). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach § 4 übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Ersten Schlichters an einem mit den Parteien nach § 4 abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.
- (3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß § 5 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

§ 4 Schlichtungsverhandlungen

- (1) Der Schlichter (§ 4 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 4 Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter

schlägt den Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.

- (2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- (3) Die jeweils andere(n) Partei(en) sind verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.
- (4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.
- (5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.
- (6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere(n) Partei(en) sind berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

§ 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Verlangt eine Partei nach Durchführung des ersten Termins der Schlichtungsverhandlungen deren Beendigung, ohne dass eine Einigung über den Gegenstand der Schlichtung erzielt wurde, so fertigt der Schlichter auf Verlangen einer Partei darüber ein Protokoll, das den Schlichtungsgegenstand näher bezeichnet und in dem das Vorbringen der Parteien zum Schlichtungsgegenstand in einer möglichst noch im Schlichtungstermin mit den Parteien abgestimmten Weise zusammengefasst wird. Mit Unterzeichnung des Protokolls durch den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber

ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

- (3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.
- (4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten. Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.
- (5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

§ 6 Vertraulichkeit

Die Parteien sowie alle an den Schlichtungsverhandlungen beteiligten Personen sowie solche, die an gemeinsamen oder getrennten Sitzungen zwischen den Parteien teilgenommen haben, haben die Inhalte der Verhandlungen sowohl während als auch nach der Beendigung des Schlichtungstermins als vertraulich zu behandeln. Sie dürfen, soweit nicht anderweitig vereinbart, Dritten gegenüber keine Informationen offen legen, die das jeweilige Schlichtungsverfahren betreffen oder die sie in dessen Verlauf erhalten haben. Soweit eine Partei dies fordert, haben die Personen, die an Schlichtungsverhandlungen teilnehmen, eine Vertraulichkeitserklärung zu unterzeichnen.

§ 7 Kosten des Schlichtungsverfahrens

Die an dem Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien tragen das Honorar des Schlichters und dessen Auslagen sowie die notwendigen Kosten des Schlichtungsverfahrens (Sekretariatsaufwand; Portokosten; Raummiete, etc.) zu gleichen Teilen und haften dafür als Gesamtschuldner. Im Übrigen trägt jede Partei ihre Kosten selbst.

Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPPOSITIONEN UND LEISTUNGSINHALTE

Die Vertragspartner vereinbaren für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende Vergütung:

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen			
P1	<p>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. EKG, Echo) laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz)</p> <p><i>Hausarztbene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i> • <i>Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17)</i> <p>Kardiologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte endstellige ICD-Kodierung und Komorbiditäten <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p> <p>3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen (Anlage 2) z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echokardiographie • EKG, Langzeit-EKG, Ergometrie, LZ-RR • Stress-Echokardiographie • Transösophageale Echokardiographie (im Folgenden: TEE) • Invasive Diagnostik 	<p>1 x pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und sich diese Überweisung nicht nur auf eine Auftragsleistung gemäß dieser Anlage erstreckt und • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))</p> <p>Ausnahme: Bei Notfällen und bei unaufschiebbaren Auftragsleistungen anderer FACHÄRZTE ist die Abrechnung von P1 auch ohne Überweisung möglich. Ist nicht neben A0 und V1 im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt.</p> <p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	<p style="text-align: right;">32 €</p> <p>incl. Labor (max. 54 € mit Zuschlägen:</p> <p>Q1 = 4 €, Q2b = 3 €, Q4 = 5 €, Q5 = 10 €)</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien <p>5. Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan <p>6. Berichte/Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT (gem. Anhang 1 zu Anlage 17) <p>Sonstiges situativ z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> prä- und poststationäre Betreuung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) Laborleistungen Kardiologie gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich <p>Leistungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes sind kein Bestandteil des Vertrages.</p>	<p>HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine Grundpauschale P1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK-HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-oder Bosch BKK-HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.</p>	
<p>P1UE</p>	<p>Grundpauschale</p> <p>Siehe P1</p>	<ul style="list-style-type: none"> Einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, sofern <ul style="list-style-type: none"> eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Nur additiv zu P1 abrechenbar. 	<p>AOK: 10 €</p> <p>Bosch BKK: 5 €</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Zusatzpauschale P1a (aufgliedert in P1a I-III)	<p>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung herzinsuffizienter Patienten aller Schweregrade laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) insbesondere:</p> <p><i>Hausarztbene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. alle 6-12 Wochen Gewicht(-sprotokoll)/ Kontrollen Blutdruck und Puls / Medikamente und Nebenwirkungen/Lebensstil und Verhalten/ggf. Lebensqualität und Depression. • Laborparameter wie K/Krea bei kaliumsparenden Diuretika, ACE-Hemmern/AT-1-Blockern • Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag) • Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17, Empfehlungen zur Herzinsuffizienz, Kapitel 17 Versorgungsmanagement) 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))</p>	<p>53 €</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Kardiologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Codierung • Dokumentation NYHA-Stadium • Linksventrikuläre Ejektionsfunktion (EF) • Exakte Dokumentation der Form der Herzinsuffizienz <ul style="list-style-type: none"> ▪ systolische/diastolische Funktion ▪ Genese ▪ Links-/Rechts-/Globalinsuffizienz <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p> <p>3. ggf. apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bildgebende nichtinvasive Diagnostik, wie z.B. Echokardiographie mit Nachweis einer Dysfunktion (Anlage 2) ▪ <u>und/oder</u> BNP/NTproBNP (wird als Routinediagnostik nicht generell empfohlen) ▪ <u>und/oder</u> Röntgen-Thorax ▪ <u>und/oder</u> erweiterte bildgebende Diagnostik wie zum Beispiel TEE ▪ <u>und/oder</u> invasive Diagnostik <p>P1a I NYHA-Stadium I und II Maximales Kontrollintervall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x jährlich bei normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF\geq45%) <p>P1a II</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 x jährlich bei mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funktion (EF 31-44%) <p>P1a III</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 x jährlich bei hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF\leq30%) <p>NYHA-Stadium III und IV Maximales Kontrollintervall</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mindestens alle 3 Monate bei hochgradig (EF\leq30%), mittelgradig (EF 31-44%) und geringgradig (EF\geq45%) eingeschränkter LV-Funktion <p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stadienbezogene medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien ▪ Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des Schweregrads 	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet. Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß EBM-Ziffernkranz (Anhang 1 zur Anlage 12) hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.</p> <p>Maximal 1x im Krankheitsfall - bei Vorliegen von NYHA I oder II und normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF\geq45%)</p> <p>Maximal jedes übernächste Quartal - bei Vorliegen von NYHA I oder II und mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funktion (EF 31-44%)</p> <p>Maximal 1 x pro Quartal - bei hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF\leq30%) unabhängig vom NYHA-Stadium oder - bei Vorliegen von NYHA III oder IV</p> <p>Die maximale Abrechnungshäufigkeit richtet sich nach der Einstufung NYHA/LV-Funktion des aktuellen Quartals.</p>	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>5. Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan Risikofaktoren <p>6. Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik: Wiedervorstellungszyklen gemäß Nr. 3 ▪ Therapie: Kontrollintervalle gemäß den Empfehlungen (z.B. DEFI oder CRT; vgl. P1c) <p>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogen zum Schweregrad der Herzinsuffizienz ▪ Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT 		
<p>Zusatzpauschale P1b</p>	<p>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit KHK laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</p> <p><i>Hausarztbene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ggf. alle 6 Monate beim HAUSARZT, mit Kontrollen Blutdruck / Gewicht / Medikamenten <input type="checkbox"/> ggf. Labor (z.B. K/Krea unter ACE-Hemmer/AT-1-Blocker/Diuretika) <input type="checkbox"/> Lebensstil / ggf. Lebensqualität / Depression <input type="checkbox"/> Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag) <input type="checkbox"/> Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (Anlage 17) <p>Kardiologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Korrekte endstellige ICD-Codierung <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p> <p>3. Apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. LZ-EKG ▪ ggf. Stressechokardiographie ▪ ggf. TEE ▪ ggf. Invasive Diagnostik 	<p>Ist additiv abrechenbar zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))</p> <p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	<p>25 €</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamentöse und interventionelle Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien <p>5. Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan <p>6. Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chronisch stabile KHK <ul style="list-style-type: none"> - 1x pro Jahr ▪ Bei klinischer Verschlechterung ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle ▪ Nach interventioneller Therapie; <ul style="list-style-type: none"> - nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK ▪ Nach Bypassoperation: <ul style="list-style-type: none"> - unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK ▪ Nach akutem Koronarsyndrom: <ul style="list-style-type: none"> - unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK <p>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überweisungsformular Kardiologie (vom HAUSARZT zum FACHARZT) 	<p>Ist abrechenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Regelfall max. 1 x im Krankheitsfall, - nach Intervention, Bypassoperation, akutem Koronarsyndrom: bis zu 4 Quartale (max. 1x pro Quartal) des Krankheitsfalls. 	
<p>Zusatzpauschale P1c</p>	<p>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</p> <p><i>Hausarztbene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i> • <i>Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17)</i> 	<p>Ist additiv abrechenbar zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III, Ziffer II, Abs. 10 lit. e))</p>	<p>30 €</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>Kardiologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Korrekte, endstellige ICD-Codierung <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p> <p>3. Apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EKG ▪ ggf. LZ-EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. Echokardiographie ▪ ggf. TEE ▪ ggf. Stressechokardiographie ▪ ggf. Invasive Diagnostik <p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie <ul style="list-style-type: none"> - ggf. Kardioversion - ggf. Schrittmacherimplantation oder Implantation eines Ereignisrekorders gemäß den aktuell gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften ▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. DEFI, Ablation) <p>5. Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan <p>6. Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabil: Vorstellung in der Regel in 6 bis 12-monatigen Abständen <p>Verschlechterung: ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollintervalle bei Schrittmacher-/ Defi-/ CRT-Patienten (gemäß Anlage 2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schrittmacher/implantierbare Ereignisrecorder (Eventrecorder): <ul style="list-style-type: none"> - unmittelbar nach Implantation/ Aggregatwechsel, nach 4 Wochen und 3 Monaten, danach in 6 bis 12- monatigen Abständen, vor Laufzeitende individuell kürzere Kontrollintervalle - bei V.a. Dysfunktion Abfrage jederzeit und bei Bedarf mehrmals im Quartal möglich - die Abfrage des Herzschrittmachers/Eventrecorders kann bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen auch telemetrisch erfolgen ▪ CRT-Defi: <ul style="list-style-type: none"> - unmittelbar nach Implantation/ Aggregatwechsel nach 4 Wochen und 3 Monaten, 	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p> <p>Ist abrechenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> - im Regelfall max. 1x im Krankheitsfall, Ausnahme: Bei Wiederauftreten akuter Rhythmusstörungen 1x im zugehörigen Quartal, 	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>danach in 3- bis 6-monatigen Abständen vor Laufzeitende individuell kürzere Kontrollintervalle</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei V.a. Dysfunktion Abfrage jederzeit und bei Bedarf mehrmals im Quartal möglich - die Abfrage des DEFI/CRT-DEFI kann bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen auch telemetrisch erfolgen <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollintervalle nach Kardioversion <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folgetag der Kardioversion, nach 4 Wochen, 3 und 6 Monaten, danach in 6- bis 12-monatigen Abständen <p>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturierter Befundbericht für den Hausarzt vom Kardiologen 	<ul style="list-style-type: none"> - Abrechnung max. 1x pro Quartal bei Schrittmacher- / Defi- / CRT-Kontrolle, - max. 3 x im Krankheitsfall (max. 1x im Quartal) nach Kardioversion. 	
<p>Zusatzpauschale P1d</p>	<p>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Vitien, laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) insbesondere:</p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i> • <i>Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17), Versorgungskoordination, Empfehlungen zu Vitien)</i> <p>Kardiologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte endstellige ICD-Codierung <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p> <p>3. Apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ggf. Echokardiographie ▪ ggf. EKG ▪ ggf. LZ-EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. TEE ▪ ggf. Stressechokardiographie ▪ ggf. Invasive Diagnostik 	<p>Ist abrechenbar additiv zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))</p> <p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	<p>30 €</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien ▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. Intervention, OP) <p>5. Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan <p>6. Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes <ul style="list-style-type: none"> • Bei stabiler Klinik Vorstellung 1-3-jährigen Abständen • Bei klinischer Verschlechterung und schwerem Krankheitsbild kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle • Nach Intervention/OP individuelle Kontrollintervalle bis zur klinischen Stabilisierung <p>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT 	<p>1 x im Krankheitsfall</p>	
<p>Zusatzpauschale P1e</p>	<p>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Hypertonie, laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) insbesondere:</p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i> • <i>Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17))</i> <p>Kardiologische Leistungen</p> <p>Die arterielle Hypertonie bestimmt u.a. das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko und damit auch die Prognose (z.B. linksventrikuläre Hypertrophie, hypertensive Kardiomyopathie bei KHK/Myokardinfarkt/Herzinsuffizienz, auch maligne Hypertonie usw.) z.B. bezüglich des 10-Jahresrisikos.</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Korrekte, endstellige ICD-Codierung <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p>	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))</p> <p>Ist 1 mal im Quartal und max. 2 mal in 4 Quartalen abrechenbar.</p>	<p>25 €</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik und Bestimmung des Schweregrades ▪ Diagnostische Differenzierung in primär oder sekundär <p>3. Apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ EKG ▪ ggf. Ergometrie ▪ ggf. Echokardiographie ▪ ggf. LZ-RR <p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien ▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. erweiterte Diagnostik, Intervention) <p>5. Beratungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkennen von und auch motivational ausgerichtetes Beraten zu den kardiovaskulären Risikofaktoren und möglichen bzw. bereits bestehenden Organschäden, Folge- und Begleiterkrankungen, zur Basistherapie, nicht-medikamentösen Empfehlungen zur Lebensweise, Medikation einschließlich Rabattierung mit dem Ziel Normalniveau des Blutdrucks zu erreichen. (Anlage 17 Minderung von Komplikationen). ▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst <p>6. Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei stabiler Klinik Vorstellung 1-3-jährigen Abständen ▪ Bei klinischer Verschlechterung und schwerem Krankheitsbild kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle ▪ Nach Intervention individuelle Kontrollintervalle bis zur klinischen Stabilisierung <p>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT 	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	
<p>Zusatzpauschale P2</p>	<p>Angiologiemodul</p>	<p>qualifikationsgebunden</p> <p>Abrechnender FACHARZT darf keine Überweisungen für Duplexuntersuchungen ausstellen, für die er selbst die Qualifikation besitzt.</p>	<p>35 €</p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>1. Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carotisduplex und/oder • Venenduplex und/oder • Beinduplex und/oder • Nierenarterienduplex und/oder • Weitere Duplexuntersuchungen 	<p>Bei Zielaufträgen vom HAUSARZT/ FACHARZT dürfen lediglich P2 und A0 abgerechnet werden.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p> <p>P2 kann pro Abrechnungsquartal je eingeschriebenen Kardiologie-Versicherten nur 1x abgerechnet werden (mind. eine der aufgeführten Duplexuntersuchungen muss erbracht werden. Wenn mehrere der unter „Leistungsinhalt“ aufgeführten Duplexuntersuchungen erbracht werden, kann nur 1x P2 abgerechnet werden).</p>	
P3	<p>Diagnostikzuschlag</p>	<p>Ist 1-mal in 4 Quartalen abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Abrechenbar für Patienten ohne Zusatzpauschale (P1a-e, P2) Nicht abrechenbar, wenn Leistungen aus dem § 73c-Gastro-Vertrag im selben Quartal abgerechnet werden.</p>	<p>20 €</p>

2. Beratungsgespräche

BG1	<p>Beratungsgespräch Long-, Post-COVID situativ und gemäß aktuellem Sachstand</p> <p>Facharztzentrierte Versorgung FAV, hier Kardiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosoziale Beratung je nach Symptomen, z.B. zur eingeschränkten Belastbarkeit • multidisziplinäre evidenzbasierte Unterstützung auch digital, nach Häufigkeit aufgeführt: • z.B. bei Dyspnoe, eingeschränkter Belastbarkeit (AOK Gesundheitskurse), chronischem Fatigue-Syndrom (www.mcfs.de): Thorakalen Schmerzen, Palpitationen und Herzrasen, Kreislauf labilität, depressiven Verstimmungen u.a. AOK-Lebe Balance, moodgym, AOK Familiencoach Depression für Angehörige, Müdigkeit, Beratung der Bosch BKK-Patientenbegleitung (Stand vom 29.04.2022). <p>Online-Informationsquellen gemäß aktuellem Sachstand, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • www.dgn.org • www.aerzteblatt.de COVID-19: Empfehlungen bei kardialen Komplikationen (18. März.2022) Übungen zur Atemtherapie für zu Hause: • https://www.aok.de/kp/bw/curaplanaktiv/copd/fuenf-atemuebungen/ • https://www.awmf.org • Post-Covid-Reha: https://www.deutsche-rentenversicherung.de; • Bewegungsangebote www.aok.de; • Rauchstopp www.rauchfrei-info.de; BZgA kostenlos www.shop.bzga.de; • https://www.aok.de/pk/magazin/wohlbefinden/entspannung/atemtherapie-wie-sie-mit-einfachen-uebungen-das-atmen-entspannen/ <p>Ergänzende Informations- und Therapieangebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung für Patienten mit Long-, Post-COVID s. Anhang 3 Anlage 17.</p> <p>Multiprofessionell unterstützend können MFAs bzw. EFAs wirken zu analogen wie auch als evidenzbasiert wirksam erwiesenen digitalen Gesundheitsangeboten und psychosozialen Hilfestellungen (inhaltliche Voraussetzungen gemäß Vertragsvereinbarungen HZV/FAV und Curricula).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 1 x im Krankheitsfall (vier aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. • Abrechenbar bei gesicherten Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 (ICD-Liste) • Nur nach Überweisung durch den HZV-Hausarzt abrechenbar • Mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist befristet bis zum 31.12.2023 	<p>20,00 EUR</p>
------------	--	--	-----------------------------

3. Einzelleistungen

Einzelleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal im Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E1	Transösophageale Echokardiographie (TEE)	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	60 €
E2a	Schrittmacher und Event-Recorder-Nachsorge (SM-/ILR-Nachsorge)	Qualifikationsgebunden Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Nicht abrechenbar neben E2b und E2c am selben Tag	25 €
E2b	Defi-System Nachsorge	Qualifikationsgebunden Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Nicht abrechenbar neben E2a und E2c am selben Tag	45 €
E2c	CRT-System Nachsorge	Qualifikationsgebunden Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Nicht abrechenbar neben E2a und E2b am selben Tag	55 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E3a	Linksherzkatheter	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. nur abrechenbar, wenn E3b nicht abrechenbar Möglichkeit zur sofortigen Intervention muss gegeben sein. Abrechnungsinformation konservativ/operativ bzw. Intervention inkl. Sachkostenpauschale Bei Verwendung eines Druckdrahtes kann zusätzlich die Vergütungsposition E7 abgerechnet werden. Ausschließliche Indikation für die Vergütung eines Druckdrahtes bei einer Katheteruntersuchung: Patienten mit Angina pectoris bei Fehlen eines objektiven nicht-invasiven Ischämienachweises (z.B. fehlendem Ischämienachweis in der Ergometrie). Für die Messung der FFR sollen Führungskatheter verwendet werden, um im Falle einer Komplikation sofort intervenieren zu können.	660 €
E3b	Linksherzkatheter als Kontrolluntersuchung nach PCI (im selben Quartal)	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. nur abrechenbar nach E4a/E4b/E5a/E5b (d.h. ab Folgetag) inkl. Sachkostenpauschale	406,50 €
E4a	Perkutane Koronarintervention (PCI) Ein-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben <ul style="list-style-type: none"> - E3a im selben Quartal - E4b, E5a, E5b, E6 am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	2.060 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E4b	Perkutane Koronarintervention (PCI) Ein-Gefäß PCI mit 1 DES Stent	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal E4a, E5a, E5b am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	2.660 €
E5a	Perkutane Koronarintervention (PCI) Mehr-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal - E4a, E4b, E5b, E6 am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	2.750,20 €
E5b	Perkutane Koronarintervention (PCI) Mehr-Gefäß PCI mit 1 DES Stent	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal E4a, E4b, E5a am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	3.350,20 €
E6	Honorarpauschale Drug-Eluting Stent (DES)	inkl. Sachkosten für jeden weiteren DES Stent Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. nur abrechenbar in Kombination (= am selben Tag) mit E4b oder E5b	500 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E7	Sonder-Devices	<p>z. B. Druckdraht, Laserkatheter, Rotablator, IVUS, Protection-Devices, DEB</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Ist abrechenbar max. 1x in Kombination mit E3a, E4a, E4b, E5a oder E5b am selben Tag.</p> <p>In Verbindung mit der E3a beinhaltet E7 alle für die Druckdrahtmessung notwendigen Materialien (insbesondere Draht, Führungskatheter, Adenosin).</p> <p>Zur Überprüfung des Einsatzes eines Druckdrahtes i.V.m. der E3a setzen die Vertragspartner eine Qualitätskommission ein, die FACHÄRZTE nach Ablauf eines Jahres überprüfen kann, wenn diese mehr als 10 % der E3a in einem Kalenderjahr zusätzlich mit E7 abrechnen (Stichprobe). Bei Fehlen der Indikationsvoraussetzungen wird E7 zurückgefordert.</p> <p>Die Vertragspartner prüfen kontinuierlich die Relation zwischen E3a und E7 auch über alle FACHÄRZTE hinweg und entscheiden über die Notwendigkeit von Anpassungen im Beirat.</p> <p>Bitte Sachkostennachweise für die ersten vier Abrechnungsquartale des Vertrages bei der Managementgesellschaft einreichen!</p>	900 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E8	Kardioversion	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Überwachung nach Eingriff ist obligat. max. 3x im Krankheitsfall Bei Qualifikationsvoraussetzungen gem. Anhang 1 zu Anlage 1	400 €
E9	Rechtsherzkatheter	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	50 €
E10	Spiroergometrie Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften (Umwandlung in Q5 bei Erreichen von 10 Einzelleistungen pro Quartal gemäß Abschnitt II, Abs. II	35 €
E11a DMP (Abrechnung über Ziff. 99967)	DMP-Ebene 2 (invasiv)	abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Pauschale für die Mitbehandlung von Patienten, die in DMP-KHK eingeschrieben sind, bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen. Ist nicht neben E11b abrechenbar (im selben Quartal). abzüglich KV Verwaltungskostensatz	Gemäß DMP Verträgen der AOK, aktuell 32 €
E11b DMP (Abrechnung über Ziff. 99968)	DMP-Ebene 2 (nicht-invasiv)	abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Pauschale für die Mitbehandlung von Patienten, die in DMP-KHK eingeschrieben sind, bei nicht-invasiven kardiologischen Maßnahmen. Ist nicht neben E11a abrechenbar (im selben Quartal). abzüglich KV Verwaltungskostensatz	Gemäß DMP Verträgen der AOK, aktuell 32 €

<p>E12</p>	<p>Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)</p> <p>Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung (Vitamin K) • Arzt-Patient-Kontakt • Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen • Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Passes 	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Die E12 kann einmalig pro HZV- (im Rahmen der Sofortabrechnung nach Einschreibung) bzw. FAV-Versicherten durch den HAUS- oder FACHARZT abgerechnet werden. Bei paralleler Abrechnung dieser Leistung von HAUS- und FACHARZT im selben Quartal erfolgt eine Kürzung der E12 beim FACHARZT ab dem Quartal, in dem der Anteil der Parallelabrechnungen die Schwelle von 1 % an allen Einstellungspauschalen VKA übersteigt. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK.</p> <p>Die Pauschale kann abgerechnet werden, wenn (1) dem Patienten im Abrechnungsquartal erstmalig, d.h. in den letzten fünf Quartalen (5 Vorquartale vor Abrechnungsquartal) vor Verordnung des VKA liegt in den Abrechnungsdaten der AOK keine VKA-Verordnung vor, eine VKA-Therapie verordnet oder (2) der Patient auf eine VKA-Therapie umgestellt wird. Zudem muss mindestens eine der in Anhang 6 zu Anlage 12 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden.</p> <p>Die E12 kann nicht im gleichen Quartal neben der E13 abgerechnet werden.</p> <p>Ein Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal.</p> <p>Die Leistung wird anteilig storniert, wenn im Abrechnungsquartal sowie innerhalb von fünf Quartalen nach Abrechnung der Leistung (Abrechnungsquartal) von einem/r beliebigen Arzt/Ärztin ein DOAK für den Versicherten verordnet wurde. Abgaben oder Verordnungen durch den stationären Sektor oder Klinikambulanzen werden nicht berücksichtigt. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK.</p> <p>Wenn DOAK und VKA am gleichen Tag verordnet werden wird der Versicherte der DOAK-Gruppe zugeordnet.</p>	<p>120 €</p>
-------------------	---	--	---------------------

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E13	<p>Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboruntersuchungen • Führen des Passes, Terminmanagement • Arzt-Patient-Kontakt • Einwirken auf die Adhärenz des Patienten 	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Die E13 ist einmal pro Quartal pro eingeschriebenem HZV-(im Rahmen der Sofortabrechnung nach Einschreibung) bzw. FAV-Versicherten, bei dem eine VKA-Therapie durchgeführt wird, durch den FACHARZT abrechenbar für Versicherte, die vom FACHARZT umfassend und kontinuierlich betreut werden. Bei paralleler Abrechnung dieser Leistung von HAUS- und FACHARZT im selben Quartal erfolgt eine Kürzung der E13 beim FACHARZT.</p> <p>Zudem muss mindestens eine der in Anhang 6 zu Anlage 12 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden.</p> <p>Die E13 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguChek®) nicht abrechenbar.</p> <p>Die E13 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguChek®) nicht abrechenbar.</p> <p>Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal.</p> <p>Die E13 kann nicht im gleichen Quartal neben der E12 abgerechnet werden.</p> <p>Sollte im Abrechnungsquartal der E13 eine vergütete Z1a/b/c Buchung (Zuschlag für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte) für einen über den FAV behandelten Versicherten anfallen, erfolgt eine Kürzung der E13.</p>	15 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		<p>Ein Patient mit VKA-Therapie wird dadurch identifiziert, dass ihm im Betrachtungszeitraum (Abrechnungsquartal + 5 Vor quartale) entweder ausschließlich und mindestens einmal VKA-Präparate (und keine DOAKs) verordnet wurden oder zwar zunächst DOAKs verordnet wurden, sodann aber VKAs. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK.</p> <p>Wenn DOAK und VKA am gleichen Tag verordnet werden, wird der Versicherte der DOAK-Gruppe zugeordnet.</p>	
E15	Schrittmacherimplantation(1-Kammer)	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E16-E19, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	3.900 €
E16	Schrittmacherimplantation(2-Kammer)	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15, E17-E19, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	4.400 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E17	Implantation Eventrekorder	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15, E16, E18- E22 und E24-E28 sowie E33-E37 am selben Tag inkl Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	3.100 €
E18	Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15-E17, E19, E21, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	2.300 €
E19	Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15-E18, E21, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	3.000 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E20	Revision HSM/ICD ohne Aggregatwechsel	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E17, E21 und E22 sowie E33-E37 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	1.900 €
E21	Explantation Eventrecorder	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E17-E20, E22 und E24-E28 sowie E33-E37 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	1.600 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E22	Implantation Eventrecorder 2. Generation	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E20 und E24-E28 sowie E33-E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar, sofern mindestens eine der drei Indikationen R55, G45 oder I69 als gesicherte Diagnose vorliegt und zusätzlich eine Verdachtsdiagnose aus dem Bereich Herzrhythmusstörung kodiert wird. 	3.800 €
E24	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Neuimplantation 1-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22 und E25-E28 sowie E33-E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	8.500 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E25	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24 und E26-E28 sowie E33-E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	7.000 €
E26	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Neuimplantation 2-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24, E25, E27 und E28 sowie E33-E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	9.500 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E27	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E26 und E28 sowie E33-E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	8.000 €
E28	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22 und E24-E27 sowie E33-E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	8.700 €

Anlage 12

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E30	Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe (Kardio-MRT – Ruhe) Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 2.	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben E31 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztlicher Leistung 	268 €
E31	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress - Perfusion (Kardio-MRT – Stress) Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT-Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 2.	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben E30 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung 	300 €
E32	Kontrastmitteleinbringung bei Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Je Durchführung abrechenbar 	10,00 €
E33	Implantation von CRT-D <ul style="list-style-type: none"> • Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-D 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28 und E34-E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur 	9.736 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		Anlage 12).	
E34	Implantation von CRT-SM <ul style="list-style-type: none"> • Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-SM 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28, E33 und E35-E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	6.496 €
E35	Implantation von CRT-SM <ul style="list-style-type: none"> • Aggregatwechsel 3-Kammer-System: CRT-SM 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28, E33, E34, E36 und E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	4.101 €
E36	Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD) <ul style="list-style-type: none"> • Neuimplantation: S-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28, E33-E35 und E37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben 	9.736 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		<p>Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	
E37	<p>Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aggregatwechsel: S-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E28 und E33-E36 am selben Tag Inkl. Sachkosten Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	7.901 €
E38	<p>Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (PBA) Indikationsstellung gem. EBM 13578</p> <ul style="list-style-type: none"> Indikationsstellung inklusive Aufklärung einer Patientin/eines Patienten Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13578 	<ul style="list-style-type: none"> Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Eine Einheit à 5 Minuten Maximal 3 Einheiten im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar. Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM Die EBM 13578 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist. 	7,47 €
E39	<p>Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (PBA) Zusatzpauschale Betreuung gem. EBM 13579</p> <ul style="list-style-type: none"> Zusatzpauschale für die Betreuung einer Patientin/eines Patienten Austausch zwischen primär behandelnden Arzt und Telemedizinischem Zentrum, die Indikationsprüfung sowie den Kontakt zwischen Patienten und primär behandelnden Arzt gegebenenfalls mit Therapieanpassung (Aufklärung zur Kontaktaufnahme TMZ). Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13579 	<ul style="list-style-type: none"> Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM Die EBM 13579 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist. 	14,71 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E40	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Anleitung und Aufklärung gem. EBM 13583 <ul style="list-style-type: none"> ○ Anleitung und Aufklärung einer Patientin/eines Patienten ○ Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13583 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Maximal 1 mal im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 13583 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist. 	10,92 €
E41	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) kardiales Aggregat gem. EBM 13584 <ul style="list-style-type: none"> ○ Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat ○ Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13584 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 13584 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist. 	126,41 €
E42	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) externe Messgeräte gem. EBM 13586 <ul style="list-style-type: none"> ○ Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte ○ Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13586 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 13586 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist. 	241,32 €
E43	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Zuschlag E36 und E37 gem. EBM 13585 und 13587	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen 	27,01 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zuschlag zu E41 (EBM 13584) und E42 (EBM 13586) für das intensivierte Telemonitoring ○ Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 13585 und 13587 	Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich <ul style="list-style-type: none"> • Die EBM 13585 sowie 13587 dürfen nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten sind. 	
E44	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung gem. EBM 40910 <ul style="list-style-type: none"> ○ Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung mit externen Messgeräten ○ Leistungsinhalt und Umfang gem. EBM 40910 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 1 mal pro Quartal abrechenbar. • Qualitäts-/Qualifikationsvoraussetzungen gem. EBM • Nachweis einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gegenüber MEDI erforderlich • Die EBM 40910 darf nicht über die KV abgerechnet werden, auch wenn diese nicht im Gesamtziffernkranz (GZK) enthalten ist. 	68,00 €
32097	BNP: Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • je Untersuchung abrechenbar 	19,40 €
32150	Troponin: Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • je Untersuchung abrechenbar 	11,25 €
32212	Firbrin: Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte, z. B. D-Dimere	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • je Untersuchung abrechenbar 	17,80 €
32232	Lactat: Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • je Untersuchung abrechenbar 	6,90 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
4. Zuschläge			
ZP1 (Zuschlag auf P1)	Grundversorgungspauschale	1 x pro Abrechnungsquartal als Zuschlag auf P1. Keine Abrechnung neben V1, A0-A21, E1-E28 sowie P2 im selben Quartal.	12 €
ZP2 (Zuschlag auf P1)	Grundversorgungspauschale Fachinternisten ohne Schwerpunkt (FIOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Nur abrechenbar für Fachinternisten ohne Schwerpunkt. (PSM 29) • 1 x pro Abrechnungsquartal als Zuschlag auf P1. • Keine Abrechnung neben ZP1, V1, A0-A21, E1-E28 sowie P2 im selben Quartal. 	15 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Z1a (Zuschlag auf P1a III)	Zuschlag zu P1a III für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	<p>Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein telemedizinischer Kontakt möglich.</p> <p>Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1a, jedoch nur bei NYHA-Stadium III/IV oder linksventrikuläre EF $\leq 30\%$.</p> <p>Kann zur Vermeidung akuter Dekompensation grundsätzlich bei jedem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Die Honorierung erfolgt aber erst ab dem 3. Kontakt im Abrechnungsquartal und max. 12 x im gleichen Abrechnungsquartal.</p>	15 €
Z1b (Zuschlag auf P1b)	Zuschlag zu P1b für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	<p>Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein telemedizinischer Kontakt möglich.</p> <p>Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1b. Kann grundsätzlich bei jedem persönlichen Arzt-Patientenkontakt abgerechnet werden. Die Honorierung erfolgt aber erst ab dem 3. Arzt-Patientenkontakt und max. 5 x im gleichen Abrechnungsquartal.</p>	15 €
Z1c (Zuschlag auf P1c)	Zuschlag zu P1c für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	<p>Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein telemedizinischer Kontakt möglich.</p> <p>Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1c.</p> <p>Kann grundsätzlich bei jedem persönlichen Arzt-Patientenkontakt abgerechnet werden. Die Honorierung erfolgt aber erst ab dem 3. Arzt-Patientenkontakt und max. 5 x im gleichen Abrechnungsquartal.</p>	15 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
5. Qualitätszuschläge			
Q1	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Bei Erreichen bestimmter Quoten erfolgt ein Zuschlag auf die Pauschale P1 gemäß Anhang 3	4 € / Quartal
Q2a	Zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisungen bei <ul style="list-style-type: none"> • Herzinsuffizienz • KHK • Herzrhythmusstörungen 	Zuschlag auf Z1 a bis c bei Einsparungen gemäß Anhang 5 von mind. 3,0 %	20 €
Q2b	Kollektive Qualitätszuschläge, die gemäß Anhang 5 bei Erreichen von Einsparungen, die über alle teilnehmenden Fachärzte ermittelt werden, vergütet werden. Die beiden Zuschläge werden kalenderjährlich ermittelt und anschließend unverzüglich ausbezahlt. Die Ausgaben für die ambulanten Schrittmacherimplantationen (E15-E21 und A15-A21) sind bei der Ermittlung der Krankenhauskosten zur Errechnung des Zuschlags Q2 (Krankenhausbonus) mit zu berücksichtigen.	Zuschlag auf P1 bei Einsparungen gemäß Anhang 5 von mind. 5,0 %	3 €
Q3	Herzkatheter	Individueller Qualitätszuschlag auf E3a, E3b, A3a, A3b, E4a, E4b, A4a, A4b A5a, A5b, E5a und E5b gemäß Anhang 4	60 €
Q4	Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Leistung Stressecho gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch auf P 1 aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anlage 1 (Teilnahmeerklärung) nachgewiesen hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	5 €
Q5	Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch ab 10 abgerechneten E10 auf P1 gem. Abschnitt III Abs. II. aufgeschlagen.	10 €
Q6	Strukturzuschlag für EFA®	Der Zuschlag wird automatisch auf P1a, P1b, P1c oder P1d aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 7 zu Anl. 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA® mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Der Zuschlag wird je EFA® in Abhängigkeit des Tätigkeitsumfangs wie folgt zugesetzt: <ul style="list-style-type: none"> • 100%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 38,5 Std.) bis zu 400 Zuschläge • 75%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 28 Std.) bis zu 300 Zuschläge • 50%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 19 Std.) bis zu 200 Zuschläge Das Nähere ist abschließend in Anh. 7 zu Anl. 12 geregelt.	5 €

EAVP*	Pauschale elektronische Arztvernetzung Umsetzung der Fachanwendungen zur elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 10 zu Anlage 12.	Der Zuschlag wird automatisch ein Mal pro Quartal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 10 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird. Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Kardiologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme einer LANR an mehreren Facharztarztverträgen gem. §§ 73c a.F. bzw. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur ein Mal ausbezahlt.	250 €
--------------	--	--	--------------

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
6. Auftragsleistungen			
<p>Auftragsleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal im Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Nottfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von P1 aus.</p>			
<p>Abrechenbar bei Vorliegen eines Zielauftrags eines anderen FACHARZTES, sofern der überweisende FACHARZT selbst nicht über die entsprechende Zulassung verfügt. Zielaufträge vom HAUSARZT sind nur für folgende Auftragsleistungen möglich: A12, A13, A14, A23 (Auswertung, Erbringung von Langzeit EKG, Belastungs EKG), sowie P2 (Angiologie).</p>			
A0	<p>Auftragsgrundpauschale Grundpauschale für die Erbringung von folgenden Auftragsleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TEE (A1) - Schrittmacher-/Eventrecorder Nachsorge (A2a) - Defi-System-Nachsorge (A2b) - CRT-System-Nachsorge (A2c) - Kardioversion (A8) - Spiroergometrie (A10) - Stressecho (A11) - Ergometrie (Belastungs- EKG) (A14) - Schrittmacherimplantation (1-Kammer) (A15) - Schrittmacherimplantation (2-Kammer) (A16) - Implantation Eventrekorder (A17 und A22) - Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM (A18) - Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM (A19) - Revision HSM ohne Aggregatwechsel (A20) - Explantation Eventrecorder (A21) - Angiologie als Auftragsleistung (P2) - Langzeitblutdruckmessung (A23) 	<p>Ist max. 1x pro Patient/Quartal abrechenbar, jedoch nicht neben</p> <ul style="list-style-type: none"> - P1 - P1a-d - Z2 - allen Einzelleistungen. <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p>	16 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A1	Transösophageale Echokardiographie (TEE) Indikation und Durchführung analog zu E1	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	60 €
A2a	Schrittmacher und Event-Recorder-Nachsorge (SM-/ILR-Nachsorge) Indikation und Durchführung analog zu E2 a	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2b und A2c am selben Tag Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	20 €
A2b	Defi-System Nachsorge Indikation und Durchführung analog zu E2 b	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2a und A2c am selben Tag Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	40 €
A2c	CRT-System-Nachsorge Indikation und Durchführung analog zu E2 c	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2a und A2b am selben Tag Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	50 €
A3a	Linksherzkatheter Indikation und Durchführung analog zu E3a	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Möglichkeit zur sofortigen Intervention muss gegeben sein. Sonstige Vergütungsregelungen analog E3a inkl. Sachkostenpauschale Bei Verwendung eines Druckdrahtes kann zusätzlich die Vergütungsposition E7 abgerechnet werden. Ausschließliche Indikation für die Vergütung eines Druckdrahtes bei einer Katheteruntersuchung: Patienten mit Angina pectoris bei Fehlen eines objektiven nicht-invasiven Ischämienachweises (z.B. fehlendem Ischämienachweis in der Ergometrie). Für die Messung der FFR sollen Führungskatheter verwendet werden, um im Falle einer Komplikation sofort intervenieren zu können.	641,50 €

A3b	Linksherzkatheter als Kontrolluntersuchung nach PCI Indikation und Durchführung analog zu E3 b	Qualifikationsgebunden. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Nur abrechenbar nach (d.h. ab Folgetag) A3a Sonstige Vergütungsregelungen analog E3b inkl. Sachkostenpauschale	406,50 €
A4a	Perkutane Koronarintervention (PCI) Ein-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - A3a, im selben Quartal - A4b, A5a, A5b, A6 am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	2.060 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A4b	Perkutane Koronarintervention (PCI) Ein-Gefäß PCI Mit 1 DES Stent	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben <ul style="list-style-type: none"> - A3a im selben Quartal - A4a A5a, A5b am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	2.760 €
A5a	Perkutane Koronarintervention (PCI) Mehr-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben <ul style="list-style-type: none"> - A3a im selben Quartal - A4a, A4b, A5b, A6 am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	2.750,20 €
A5b	Perkutane Koronarintervention (PCI) Mehr-Gefäß PCI Mit 1 DES Stent	Qualifikationsgebunden Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben <ul style="list-style-type: none"> - A3a im selben Quartal - A4a, A4b, A5a am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	3.450,20 €
A6	Honorarpauschale Drug-Eluting-Stent (DES)	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. nur abrechenbar in Kombination (= am selben Tag) mit A4b oder A5b inkl. Sachkosten für jeden weiteren DES Stent	600 €

A7	Sonderdevices	<p>z.B. Druckdraht, Laserkatheter, Rotablator, IVUS, Protection-Devices, DEB</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p> <p>1x in Kombination mit A3a, A4a, A4b, A5a oder A5b am selben Tag</p> <p>In Verbindung mit der E3a beinhaltet E7 alle für die Druckdrahtmessung notwendigen Materialien (insbesondere Draht, Führungskatheter, Adenosin).</p> <p>Zur Überprüfung des Einsatzes eines Druckdrahtes i.V.m. der E3a setzen die Vertragspartner eine Qualitätskommission ein, die FACHÄRZTE nach Ablauf eines Jahres überprüfen kann, wenn diese mehr als 10 % der E3a in einem Kalenderjahr zusätzlich mit E7 abrechnen (Stichprobe). Bei Fehlen der Indikationsvoraussetzungen wird E7 zurückgefordert.</p> <p>Die Vertragspartner prüfen kontinuierlich die Relation zwischen E3a und E7 auch über alle FACHÄRZTE hinweg und entscheiden über die Notwendigkeit von Anpassungen im Beirat.</p> <p>Bitte Sachkostennachweise für die ersten vier Abrechnungsquartale des Vertrages einreichen!</p>	900 €
-----------	----------------------	--	--------------

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A8	Kardioversion Indikation und Durchführung analog zu E8	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften Überwachung nach Eingriff obligat max. 3x im Krankheitsfall sonstige Vergütungsregelungen analog E8	400 €
A9	Rechtsherzkatheter	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. inkl. Sachkosten	82€
A10	Spiroergometrie Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1) Indikation und Durchführung analog zu Q5	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften	35 €
A11	Stressecho	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden	54 €
A15	Schrittmacherimplantation(1-Kammer)	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A16-A19, A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	3.900 €

A16	Schrittmacherimplantation (2-Kammer)	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A15, A17- A19, A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	4.400 €
------------	---	--	----------------

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A17	Implantation Eventrekorder	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A15, A16, A18-A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	3.100 €
A18	Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A15-A17, A19, A21, A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	2.300 €
A19	Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A15- A18, A21, A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	3.000 €

A20	Revision HSM/ICD ohne Aggregatwechsel	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A17, A21 und A22 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	1.900 €
------------	--	---	----------------

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A21	Explantation Eventrecorder	<p>qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A17-A20 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.</p>	1.600 €
A22	Implantation Eventrecorder der 2. Generation	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A20 und A24-A28 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. <p>Nur abrechenbar, sofern mindestens eine der drei Indikationen R55, G45 oder I69 als gesicherte Diagnose vorliegt und zusätzlich eine Verdachtsdiagnose aus dem Bereich Herzrhythmus-störung kodiert wird.</p>	3.800 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A24	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Neuimplantation 1-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22 und A25-A28 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	8.500 €
A25	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24 und A26-A28 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	7.000 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A26	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Neuimplantation 2-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24, A25, A27 und A28 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	9.500 €
A27	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A26 und A28 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	8.000 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A28	Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren <ul style="list-style-type: none"> • Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD 	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A27 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. • Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12). 	8.700 €
A30	Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe (Kardio-MRT – Ruhe)	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben A31 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung 	247,20 €
A31	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress - Perfusion (Kardio-MRT – Stress)	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben A30 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung 	280,80 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A33	Implantation von CRT-D Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-D	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28 und A34-A37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. 	9.736 €
A34	Implantation von CRT-SM Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-SM	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28, A33 und A35-A37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. 	6.496 €
A35	Implantation von CRT-SM Aggregatwechsel 3-Kammer-System: CRT-SM	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28, A33, A34, A36 und A37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. 	4.101 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A36	Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD) Neuimplantation: S-ICD	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28, A33-A35 und A37 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. 	9.736 €
A37	Implantation von subkutan implantierbaren Kardioverter-Defibrillator (S-ICD) Aggregatwechsel S-ICD	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) • nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A28 und A33-A36 am selben Tag • Inkl. Sachkosten • Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) • Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden. 	7.901 €
Zielauftrag auch vom HAUSARZT möglich:			
A12	Erbringung Langzeit EKG	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	12,50 €
A13	Auswertung Langzeit EKG	Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e))	12,50 €
A14	Ergometrie (Belastungs-EKG)	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	12,50 €
A23	Langzeitblutdruckmessung	Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)) erforderlich.	12,50 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
6. Vertretungsleistungen			
V1	Vertretungspauschale	<p>Neben V1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen, die Zusatzpauschalen zu P1 und die Zuschläge Z1a-c abrechenbar</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. b)).</p>	17,50 €

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrages.

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN**I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)**

- (1) Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach ABSCHNITT II werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK, die BNK Service GmbH und der MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der FACHARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten, die ihn im Rahmen des FacharztProgrammes Kardiologie in Anspruch genommen haben

- (1) Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I Anlage 12 („Vergütungspositionen“) ab. Damit sind grundsätzlich alle von dem AOK FacharztProgramm Kardiologie erfassten Leistungen abgegolten. **Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden.**
- (2) **Verfügt ein am AOK Facharztprogramm Kardiologie teilnehmender FACHARZT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen bestimmte Einzelleistungen (insbesondere Herzkatheter, PCI und TEE) - soweit medizinisch erforderlich - im Rahmen eines Zielauftrages als Auftragsleistung an einen FACHARZT überwiesen werden. Von dieser Regel kann nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).
- (3) Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über die Qualitätszuschläge Stressecho und Spiroergometrie, vergütet werden, erbringen. Nur wenn für diese Leistungen kein Qualitätszuschlag vergütet wird, kann, soweit medizinisch erforderlich, ein Zielauftrag zu einer Auftragsleistung ausgestellt werden.

- (4) Praxen können nach Vorlage eines Gerätekauf-/Leasingvertrages die Spiroergometrien als E10/Q5 abrechnen/erhalten.
- (5) Der Q5-Zuschlag wird automatisch bei Abrechnung von 10 Spiroergometrien (E10) in einer BSNR innerhalb eines Quartals auf jede P1 vergütet. Wird die Schwelle für den Zuschlag Q5 nicht erreicht, werden die Einzelleistungen E10 vergütet.
- (6) Für die Vergütung von Q5 werden nur die Spiroergometrien (E10) des Facharztprogramms gezählt.
- (7) Die Anzahl der Spiroergometrien zur Erreichung des Zuschlages Q5 werden auf Beschluss des Beirates jährlich (Kalenderjahr) nach folgender Maßgabe angepasst:

Steigt die Anzahl der Abrechnungsfälle im Kardiologievertrag innerhalb eines Jahres um mindestens 10 % an, dann wird die Anzahl der Spiroergometrien, die für die Vergütung von Q5 innerhalb eines Quartales über das Facharztprogramm abgerechnet werden muss, für das darauffolgende Jahr um eins angehoben. (Beginn: 10 E10 für das Jahr 2014).
- (8) AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH ist es gemeinsam erlaubt, nach billigem Ermessen für die Zukunft Anforderungen an die Gerätequalität der Spiroergometrie zu stellen.
- (9) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.
- (10) Arzt-Patienten-Kontakte sind wie nachfolgend definiert:
 - a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.
 - b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
 - c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinische APK umfasst auch die Telefonie.
 - d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
 - e) Ein Ausschluss der (nichtärztlichen) Delegation nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Telemedizinische Kontakte gem. lit. c) sind mit der Ziffer "FBE" zu dokumentieren.

III. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten bei Überweisung oder im Vertretungsfall

- (1) Bei Vorliegen eines Zielauftrages (vgl. Ziffer II Absatz 2) eines FACHARZTES oder beim Vorliegen einer Überweisung eines anderen FACHARZTES (Auftragsüberweisung) kann der FACHARZT für Leistungen gemäß Ziffer II Absatz 2 je Zielauftrag für eingeschriebene Versicherte die entsprechenden Auftragsleistungen über das AOK-FacharztProgramm Kardiologie abrechnen.
- (2) Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über das AOK-FacharztProgramm Kardiologie abgerechnet.

IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

- (1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse
 - a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder
 - b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder

c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. **Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.**

- (2) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 nicht durch den abrechnenden FACHARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 9 des Vertrages. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b oder einem anderen Vertrag nach § 73c SBG V mit der AOK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 9 des Vertrages.
- (3) Die Abrechnung von Vertretungsfällen oder Auftragsleistungen/Zielaufträgen von Leistungen gemäß dieser Anlage innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.
- (4) In BAGs zwischen FACHARZT und FACHARZT sind, abweichend von Abs 3, Auftragsleistungen/Zielaufträge möglich.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang:

- Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr können an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen. Die direkte Inanspruchnahme von Kinderkardiologen bleibt dabei analog zu Regelung in § 73b SGB V unberührt.
- Am AOK-FacharztProgramm Kardiologie teilnehmende Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, werden bei einem FACHARZT behandelt. Ausnahme sind

Patienten mit angeborenen Herzfehlern (EMAH). Ihnen steht der Zugang zur kinder-kardiologischen FacharztEbene auf Überweisung des FACHARZTES oder FACHARZTES weiterhin frei.

VI. Umfang von Leistungen, die weiterhin über KV abgerechnet werden können

Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind. Eine zusätzliche Zuzahlung (Praxisgebühr) für diese Patienten wird hierdurch nicht ausgelöst.

VII. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73c Abs. 6 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abbrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen nach diesem Vertrag des FACHARZTES berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabbrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

- (3) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

ABSCHNITT IV: Abrechnungsverfahren

I. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.
- (2) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten

Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.

- (4) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.
- (5) Die Managementgesellschaft bedient sich bei der Abrechnung des in **Anlage 10** benannten Abrechnungszentrums.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft ermittelt für jeden FACHARZT die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:

Erfüllen der Voraussetzung für die Qualitätszuschläge

- * Q1: Rationale Pharmakotherapie
 - * Q3: Herzkatheter
- (3) AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH ermitteln gemeinsam für die Gesamtheit der FACHÄRZTE das Erfüllen der Voraussetzung für den Qualitätszuschlag:
 - * Q2a, Q2b: Zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisungen bei Herzinsuffizienz, KHK, Herzrhythmusstörungen auf Basis von Daten, die die AOK liefert
 - (4) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**AOK-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.

- a) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK-Abrechnung gilt als abgestimmte AOK-Abrechnung („**abgestimmte AOK-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die AOK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
- b) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.
- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte AOK-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (5) Die AOK hat die Zahlung auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.
- (6) Die AOK leistet an die Managementgesellschaft jeweils zum ersten Arbeitstag des Monats, beginnend ab dem 01.02.2013, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 20 EURO pro abgerechneter P1-Pauschale auf das Abrechnungskonto. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft hat die AOK zur Ermittlung der Anzahl der P1 7 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten von MEDI nicht mindestens 7 Arbeitstage vor der jeweiligen Abschlagszahlung (beginnend am 01.02.2013) bei der AOK eingegangen sind, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlungentsprechend.

- (7) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 6 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 entsprechend.
- (8) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“).
- (9) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der Managementgesellschaft.
- (10) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.
- (11) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-ZiffernkranzKardiologie

Anhang 2 zu Anlage 12: Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 3 zu Anlage 12: Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Anhang 4 zu Anlage 12: Qualitätszuschlag Herzkatheter

Anhang 5 zu Anlage 12: Qualitätszuschläge zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisung

Anhang 6 zu Anlage 12: Aufwandsvergütung in der Vitamin-K-Antagonisten-Therapie

Anhang 7 zu Anlage 12: Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA“)

Anhang 8 zu Anlage 12: Diagnosenliste zur Ermittlung der Krankenhausausgaben pro Kopf zur Quotenbestimmung der Qualitätszuschläge Q2a und Q2b

Anhang 9 zu Anlage 12: Diagnosenliste zur ambulanten Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren

Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Stand: 01.04.2022

Wie in Anlage 12 beschrieben, ist die Angabe einer gesicherten Diagnose in Form eines endstelligen und korrekten ICD 10 Codes Bestandteil der kardiologischen Leistungen, welche zur Abrechnung der Zusatzpauschalen P1a-e berechtigen. In der folgenden Tabelle wird ersichtlich, welche Diagnosen / ICD 10 Codes welcher Zusatzpauschale zugeordnet werden.

ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	H	P1e
I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven	H	P1e
I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	H	P1e
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer	H	P1e
I11.0-	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz:	I	
I11.00	- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I/H	P1e
I11.01	- Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I/H	P1e
I11.9-	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz:	I	
I11.90	- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I/H	P1e
I11.91	- Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I/H	P1e
I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe	H	P1e
I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer	H	P1e
I12.90	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe	H	P1e
I12.91	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe	H	P1e
I13.-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit:	I	
I13.0-	- mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I	
I13.00	- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I/H	P1e
I13.01	- Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I/H	P1e
I13.10	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne	H	P1e
I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit	H	P1e
I13.2-	- und Niereninsuffizienz	I	
I13.20	- Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I/H	P1e
I13.21	- Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I/H	P1e
I13.9-	- nicht näher bezeichnet	I	
I13.90	- nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I	P1e
I13.91	- nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I	P1e
I15.00	Renovaskuläre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	H	P1e
I15.01	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	H	P1e
I15.10	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Ohne Angabe	H	P1e
I15.11	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Mit Angabe	H	P1e
I15.20	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Ohne Angabe einer	H	P1e
I15.21	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Mit Angabe einer	H	P1e
I15.80	Sonstige sekundäre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven	H	P1e
I15.81	Sonstige sekundäre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	H	P1e
I27.-	Sonstige pulmonale Herzkrankheiten	I	
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	I	P1a
I27.2-	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie	I	P1a
I27.20	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie	I	P1a
I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie	I	P1a
I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten	I	P1a
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	I	P1a
I26.-	Lungenembolie		
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	I	P1a
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	I	P1a
I50.-	Herzinsuffizienz		
I50.0-	Rechtsherzinsuffizienz		
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	I	P1a

ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	I	P1a
I50.1-	Linksherzinsuffizienz		
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	I	P1a
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	I	P1a
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	I	P1a
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	I	P1a
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet	I	P1a
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	I	P1a
R57.0	Kardiogener Schock	I	P1a
T46.0	Vergiftung: Herzglykoside und Arzneimittel mit ähnlicher Wirkung	I	P1a
I09.2	Chronische rheumatische Perikarditis	I	P1a
I31.0	Chronische adhäsive Perikarditis	I	P1a
I31.1	Chronische konstriktive Perikarditis	I	P1a
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	I	P1a
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	I	P1a
I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit	I	P1a
I42.4	Endokardfibroelastose	I	P1a
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	I	P1a
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	I	P1a
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	I	P1a
I42.8-	Sonstige Kardiomyopathien	I	
I43.-*	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	I	
I43.0*	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitä	I	P1a
I43.1*	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	I	P1a
I43.2*	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten	I	P1a
I43.8*	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	I	P1a
I51.1	Ruptur der Chordae tendineae, anderenorts nicht klassifiziert	I	P1a
I51.2	Papillarmuskelruptur, anderenorts nicht klassifiziert	I	P1a
I51.4	Myokarditis, nicht näher bezeichnet	I	P1a
I51.5	Myokarddegeneration	I	P1a
I51.7	Kardiomegalie	I	P1a
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben	I	P1a
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	I	P1a
I20.-	Angina pectoris	KHK	
I20.0	Instabile Angina pectoris	KHK	P1b
I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	KHK	P1b
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	KHK	P1b
I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	KHK	P1b
I21.-	Akuter Myokardinfarkt	KHK	
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	KHK	P1b
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	KHK	P1b
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	KHK	P1b
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalis	KHK	P1b
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	KHK	P1b
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	KHK	P1b
I22.-	Rezidivierender Myokardinfarkt	KHK	
I22.0	Rezidivierender Myokardinfarkt der Vorderwand	KHK	P1b
I22.1	Rezidivierender Myokardinfarkt der Hinterwand	KHK	P1b
I22.8	Rezidivierender Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	KHK	P1b
I22.9	Rezidivierender Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisatio	KHK	P1b
I23.-	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	KHK	
I23.0	Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK	P1b

ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
I23.1	Vorhofseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK	P1b
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK	P1b
I23.3	Ruptur der Herzwand ohne Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK	P1b
I23.4	Ruptur der Chordae tendineae als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK	P1b
I23.5	Papillarmuskelruptur als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK	P1b
I23.6	Thrombose des Vorhofes, des Herzohres oder der Kammer als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK	P1b
I23.8	Sonstige akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	KHK	P1b
I24.-	Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	KHK	
I24.0	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt	KHK	P1b
I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom	KHK	P1b
I24.8	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit	KHK	P1b
I24.9	Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	KHK	
I25.-	Chronische ischämische Herzkrankheit	KHK	
I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben	KHK	P1b
I25.1-	Atherosklerotische Herzkrankheit	KHK	
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenose	KHK	P1b
I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung	KHK	P1b
I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung	KHK	P1b
I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäßerkrankung	KHK	P1b
I25.14	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes	KHK	P1b
I25.15	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Bypass-Gefäßen	KHK	P1b
I25.16	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Stents	KHK	P1b
I25.19	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet	KHK	
I25.2-	Alter Myokardinfarkt	KHK	
I25.20	Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend	KHK	P1b
I25.21	Alter Myokardinfarkt: 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend	KHK	P1b
I25.22	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend	KHK	P1b
I25.29	Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet	KHK	
I25.3	Herz (-Wand) -Aneurysma	KHK	P1b
I25.4	Koronararterienaneurysma	KHK	P1b
I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	KHK	P1b
I25.6	Stumme Myokardischämie	KHK	P1b
I25.8	Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit	KHK	P1b
I25.9	Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	KHK	P1b
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]	R	P1a/P1c
I44.-	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	R	P1c
I44.0	Atrioventrikulärer Block 1. Grades	R	P1c
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	R	P1c
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	R	P1c
I44.3	Sonstiger und nicht näher bezeichneter atrioventrikulärer Block	R	P1c
I44.4	Linksanteriorer Faszikelblock	R	P1c
I44.5	Linksposteriorer Faszikelblock	R	P1c
I44.6	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Faszikelblock	R	P1c
I44.7	Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet	R	P1c
I45.-	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	R	
I45.0	Rechtsfaszikulärer Block	R	P1c
I45.1	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Rechtsschenkelblock	R	P1c
I45.2	Bifaszikulärer Block	R	P1c
I45.3	Trifaszikulärer Block	R	P1c
I45.4	Unspezifischer intraventrikulärer Block	R	P1c
I45.5	Sonstiger näher bezeichneter Herzblock	R	P1c
I45.6	Präexzitations-Syndrom	R	P1c

ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
I45.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Erregungsleitungsstörungen	R	P1c
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	R	P1c
I46.-	Herzstillstand	R	
I46.0	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	R	P1c
I46.1	Plötzlicher Herztod, so beschrieben	R	P1c
I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	R	P1c
I47.-	Paroxysmale Tachykardie	R	
I47.0	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry	R	P1c
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	R	P1c
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	R	P1c
I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	R	P1c
I48.-	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	R	
I48.0	Vorhofflattern, paroxysmal	R	P1c
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	R	P1c
I48.2	Vorhofflimmern, permanent	R	P1c
I48.3	Vorhofflattern, typisch (Vorhofflattern, Typ I)	R	P1c
I48.4	Vorhofflattern, atypisch (Vorhofflattern, Typ II)	R	P1c
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	R	P1c
I49.-	Sonstige kardiale Arrhythmien	V	
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	R	P1c
I49.1	Vorhofextrasystolie	R	P1c
I49.2	AV-junktionale Extrasystolie	R	P1c
I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	R	P1c
I49.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie	R	P1c
I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	R	P1c
I49.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien	R	P1c
I49.9	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	R	P1c
Q24.6	Angeborener Herzblock	R	P1c
B57.2	Chagas-Krankheit (chronisch) mit Herzbeteiligung	V	P1d
I05.-	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	V	
I05.0	Mitralklappenstenose	V	P1d
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz	V	P1d
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz	V	P1d
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten	V	P1d
I05.9	Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V	
I06.-	Rheumatische Aortenklappenkrankheiten	V	
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose	V	P1d
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz	V	P1d
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	V	P1d
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten	V	P1d
I06.9	Rheumatische Aortenklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V	
I07.-	Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	V	
I07.0	Trikuspidalklappenstenose	V	P1d
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz	V	P1d
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	V	P1d
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten	V	P1d
I07.9	Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V	
I08.-	Krankheiten mehrerer Herzklappen	V	
I08.0	Krankheiten der Mitralklappen- und Aortenklappen, kombiniert	V	P1d
I08.1	Krankheiten der Mitralklappen- und Trikuspidalklappen, kombiniert	V	P1d
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappen, kombiniert	V	P1d
I08.3	Krankheiten der Mitralklappen-, Aorten- und Trikuspidalklappen, kombiniert	V	P1d

ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen	V	P1d
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet	V	
I34.-	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	V	
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	V	P1d
I34.1	Mitralklappenprolaps	V	P1d
I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose	V	P1d
I34.8-	Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	V	
I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz	V	P1d
I34.88	Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	V	P1d
I34.9	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V	
I35.-	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	V	
I35.0	Aortenklappenstenose	V	P1d
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz	V	P1d
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	V	P1d
I35.8	Sonstige Aortenklappenkrankheiten	V	P1d
I35.9	Aortenklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V	
I36.-	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	V	
I36.0	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose	V	P1d
I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz	V	P1d
I36.2	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz	V	P1d
I36.8	Sonstige nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	V	P1d
I36.9	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V	
I37.-	Pulmonalklappenkrankheiten	V	
I37.0	Pulmonalklappenstenose	V	P1d
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz	V	P1d
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz	V	P1d
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten	V	P1d
I37.9	Pulmonalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet	V	
I38	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet	V	P1d
I39.-*	Endokarditis und Herzklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten	V	
I39.0*	Mitralklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V	P1d
I39.1*	Aortenklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V	P1d
I39.2*	Trikuspidalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheit	V	P1d
I39.3*	Pulmonalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	V	P1d
I39.4*	Krankheiten mehrerer Herzklappen bei anderenorts klassifizierten Krank	V	P1d
I39.8*	Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nic	V	P1d
Q20.-	Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	V	
Q20.0	Truncus arteriosus communis	V	P1d
Q20.1	Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle]	V	P1d
Q20.2	Linker Doppelausstromventrikel [Double outlet left ventricle]	V	P1d
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	V	P1d
Q20.4	Doppeleinstromventrikel [Double inlet ventricle]	V	P1d
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung	V	P1d
Q20.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender St	V	P1d
Q20.9	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen und verbindender Strukturen, n	V	P1d
Q21.-	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	V	
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	V	P1d
Q21.1	Vorhofseptumdefekt	V	P1d
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums	V	P1d
Q21.3	Fallot-Tetralogie	V	P1d
Q21.4	Aortopulmonaler Septumdefekt	V	P1d
Q21.8-	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	V	

ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
Q21.80	Fallot-Pentalogie	V	P1d
Q21.88	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	V	P1d
Q21.9	Angeborene Fehlbildung des Herzseptums, nicht näher bezeichnet	V	P1d
Q22.-	Angeborene Fehlbildungen der Pulmonal- und der Trikuspidalklappe	V	
Q22.0	Pulmonalklappenatresie	V	P1d
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose	V	P1d
Q22.2	Angeborene Pulmonalklappeninsuffizienz	V	P1d
Q22.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Pulmonalklappe	V	P1d
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose	V	P1d
Q22.5	Ebstein-Anomalie	V	P1d
Q22.6	Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom	V	P1d
Q22.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trikuspidalklappe	V	P1d
Q22.9	Angeborene Fehlbildung der Trikuspidalklappe, nicht näher bezeichnet	V	P1d
Q23.-	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	V	
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose	V	P1d
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz	V	P1d
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose	V	
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz	V	P1d
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom	V	P1d
Q23.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe	V	P1d
Q23.9	Angeborene Fehlbildung der Aorten- und Mitralklappe, nicht näher beze	V	P1d
Q24.-	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens	V	
Q24.0	Dextrokardie	V	P1d
Q24.1	Lävokardie	V	P1d
Q24.2	Cor triatriatum	V	P1d
Q24.3	Infundibuläre Pulmonalstenose	V	P1d
Q24.4	Angeborene subvalvuläre Aortenstenose	V	P1d
Q24.5	Fehlbildung der Koronargefäße	V	P1d
Q24.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens	V	P1d
Q24.9	Angeborene Fehlbildung des Herzens, nicht näher bezeichnet	V	P1d
Q25.-	Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	V	
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	V	P1d
Q25.1	Koarktation der Aorta	V	P1d
Q25.2	Atresie der Aorta	V	P1d
Q25.3	Stenose der Aorta (angeboren)	V	P1d
Q25.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta	V	P1d
Q25.5	Atresie der A. pulmonalis	V	P1d
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	V	P1d
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis	V	P1d
Q25.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	V	P1d
Q25.9	Angeborene Fehlbildung der großen Arterien, nicht näher bezeichnet	V	P1d
Q26.-	Angeborene Fehlbildungen der großen Venen	V	
Q26.0	Angeborene Stenose der V. cava	V	P1d
Q26.1	Persistenz der linken V. cava superior	V	P1d
Q26.2	Totale Fehleinmündung der Lungenvenen	V	P1d
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen	V	P1d
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet	V	P1d
Q26.5	Fehleinmündung der Pfortader	V	P1d
Q26.6	Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)	V	P1d
Q26.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen	V	P1d
Q26.9	Angeborene Fehlbildung einer großen Vene, nicht näher bezeichnet	V	P1d
Q87.4	Marfan-Syndrom	V	P1d

ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
U09.9!	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet		BG1

Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware

Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt voll gewahrt. Der FACHARZT soll auch weiterhin für alle Patienten eine unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Die Vertragssoftware (vgl. **Anlage 3 und Anlage 10**) gibt ihm dabei aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen kardiologischen und hausärztlichen Bereichs, Apothekern der AOK sowie Vertretern des BNK und MEDI e.V. auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Pauschale P1 ausgezahlt wird, können von der AOK und MEDIVERBUND/BNK Service GmbH einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen. Abweichend von den durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V erlassenen Richtlinien, sind in der Software farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, den Arzt bei einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

1. Patentfreie Arzneimittel, für die die AOK im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (= **Rabatt-Grün**)
2. Grün berechnete Arzneimittel. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

Blau hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel substituiert werden können, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Blau hinterlegt).

Rot hinterlegt sind:

Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

Nicht farblich hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem FACHARZT wird empfohlen im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen den Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.

Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.

Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von 4,00 € wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag Rot (2,50€),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (1,00€) und
3. einen Zuschlag Blau (0,50€).

Die Zuschläge können einzeln ausgelöst werden und werden in Form von Prozentangaben ermittelt, indem zunächst die folgenden Indikatoren gebildet werden:

Indikator	Zähler	Nenner
Rot	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden
Rabatt-Grün	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind	Anzahl von Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der

		Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind	Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

	ab Quartal 2/10
Rot	$\leq 3\%$
Rabatt-Grün	$\geq 90\%$
Blau	$\geq 70\%$

Qualitätszuschlag Herzkatheter

Ziel der Vertragspartner ist es, auch im Bereich der interventionellen Kardiologie eine hochwertige, leitlinienkonforme und wirtschaftliche Versorgung der eingeschriebenen Versicherten sicherzustellen. Hierzu gehört es auch, unnötige diagnostische Herzkatheter zu vermeiden.

1. Ermittlung der Quote Q3

Der Qualitätszuschlag Q3 „Herzkatheter“ erfolgt auf alle durchgeführten Herzkatheter eines FACHARZTES/ bei in BAG tätigen FACHÄRZTEN je BAG im Abrechnungsquartal (dies sind E3a, E3b, A3a, A3b, E4a, E4b, A4a, A4b A5a, A5b, E5a und E5b), wenn seine

Quote Q3

Anzahl der Patienten, bei denen bei diagnostischem Herzkatheter (E3a, E3b, A3a, A3b, E4a, E4b, A4a, A4b A5a, A5b, E5a und E5b) die Notwendigkeit einer Intervention (herzchirurgisch oder PCI) festgestellt wurde

=

Anzahl der im Abrechnungsquartal abgerechneten diagnostischen Herzkatheter des Facharztes E3a, E3b, A3a, A3b, E4a, E4b, A4a, A4b A5a, A5b, E5a und E5b)

im Abrechnungsquartal höher ist als der Referenzwert.

2. REFERENZWERT

Der REFERENZWERT für das Jahr 2010 beträgt 48%. Der REFERENZWERT wird für die folgenden Kalenderjahre von AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH einvernehmlich mindestens drei Monate vor Beginn des Jahres festgelegt.

3. Anpassung

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag Q3 bezahlt wird, können zukünftig von der AOK, MEDIVERBUND und BNK Service GmbH einvernehmlich vierteljährlich, erstmals für das 2. Quartal 2011 angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.

Von diesen Versicherten werden im HZV-Kollektiv nur diejenigen berücksichtigt, die an mindestens 360 Tagen des Analysejahres an der HZV teilnahmen und wenigstens eine vertragskonforme Behandlung bei einem HZV-Arzt in Anspruch genommen haben. Weiterhin werden für das HZV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine hausärztliche Behandlung im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

Im RV-Kollektiv werden hingegen nur die Versicherten herangezogen, die weder im Analysejahr, noch in den drei davorliegenden Kalenderjahren an der HZV teilgenommen haben. Weiterhin werden für das RV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine Behandlung bei einem HZV-Arzt im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

In beiden Kollektiven werden ambulante Notfall- oder Vertreter-Behandlungen nicht berücksichtigt.

1.2 Basisjahr

Bis zum Analysejahr 2014 wird das Jahr 2009 als Basisjahr herangezogen. Für die Folgejahre wird jeweils das 5. Jahr vor dem jeweiligen Analysejahr als Basisjahr verwendet. Somit gilt beispielsweise für das Analysejahr 2015 das Jahr 2010 als Basisjahr. Hierdurch sollen Verzerrungen, z.B. durch jährliche ICD-10-Änderungen, reduziert werden.

2. Ermittlung der Krankenhauseinsparungen

2.1. Krankenhausausgaben pro Kopf

Es werden zunächst die Krankenhausausgaben pro Kopf im Analyse- und Basisjahr sowohl für das HZV-Kollektiv als auch für das RV-Kollektiv in Form von Rohwerten ermittelt.

Dafür werden alle Krankenhauspatienten aus dem jeweiligen Versichertenkollektiv berücksichtigt, die im untersuchten Kalenderjahr mit einer **Krankenhaushauptdiagnose** aus den folgenden Gebieten entlassen wurden:

- KHK
- Herzinsuffizienz
- Herzrhythmusstörungen

Die konkrete Zuordnung der ICD-Diagnosen zu diesen Kategorien ist im Anhang 6 zu Anlage 12 definiert. Für die Analyse werden hierzu die kompletten ICD-10 3-Steller verwendet, um zukünftige Anpassungen an der 4. und/oder 5. Stelle bei ICD-10-Fortschreibungen zu vermeiden. Von diesen Krankenhausfällen wird der Gesamtbetrag der Krankenhausrechnung berücksichtigt.

2.2 Standardisierung

Da das HZV-Kollektiv und das RV-Kollektiv eine unterschiedliche Struktur aufweisen, erfolgt eine Standardisierung des RV-Kollektivs nach der Struktur des HZV-Kollektivs hinsichtlich Alter, Geschlecht und relativem Risikowert. Im Ergebnis werden dadurch die standardisierten Krankenhausaussgaben im RV-Kollektiv ermittelt, welche dann den Krankenhausaussgaben im HZV-Kollektiv gegenüber gestellt werden.

2.3 Preisentwicklung

Zur Korrektur der Preisentwicklung wird zunächst die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V herangezogen. Für 2010 ist dies 1,54 %. Ab dem Jahr, in dem der Veränderungswert gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V ablöst, wird der Veränderungswert gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG zur Korrektur der Preisentwicklung herangezogen.

2.4 Brutto-Kosteneinsparung der Krankenhausaussgaben

Zur Ermittlung der Brutto-Kosteneinsparungen werden zunächst die Krankenhausaussgaben pro Kopf um die unter 2.2 beschriebene Preisentwicklung bereinigt. Für das Analyse- und Basisjahr werden jeweils die bereinigten Pro-Kopf-Krankenhausaussgaben des HZV-Kollektivs von den bereinigten Pro-Kopf-Aussgaben des RV-Kollektivs subtrahiert. Anschließend wird die ermittelte Ausgabendifferenz im Basisjahr von der Ausgabendifferenz im Analysejahr abgezogen.

2.5 Krankenhaus-Budgeteffekt

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt nicht ausschließlich auf Basis der abgerechneten Leistungen. Zusätzlich werden Budgets vereinbart und Mehr- und Mindererlösausgleiche mit abgestaffelten Erlösausgleichssätzen durchgeführt. Die Vertragspartner stimmen darüber ein, dass diese Methodik bei der Ermittlung der jährlichen Veränderung der Krankenhausaussgaben

zu berücksichtigen ist. So wird ein Abschlag von 35 % auf die nach 2.2 und 2.3 errechnete prozentuale Veränderungsrate vorgenommen.

2.6 Netto-Kosteneinsparung der Krankenhausausgaben

Nach Bereinigung der Brutto-Einsparungen um den Krankenhaus-Budgeteffekt ergeben sich die Netto-Einsparungen pro Kopf. Das Verhältnis von den Netto-Einsparungen pro Kopf im Analysejahr zu den Ausgaben pro Kopf der RV-Kollektivs im Analysejahr ergibt die Netto-Einsparungsquote pro Kopf.

3. Vereinbarte Quoten

Die Qualitätszuschläge Q2 werden an alle teilnehmenden Fachärzte ausgeschüttet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Qualitätszuschlag	Voraussetzung
Q2a:	Die Netto-Einsparungsquote der Krankenhausausgaben pro Kopf ist größer oder gleich 3,000 %.
Q2b:	Die Netto-Einsparungsquote der Krankenhausausgaben pro Kopf ist größer oder gleich 5,000 %. (Vergütung erfolgt dann zusätzlich zu Q2a).

Die Zuschläge werden – wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind – rückwirkend auf die im Analysejahr abgerechneten Entgelte aufgeschlagen.

4. Verfahren zur Ermittlung und Auszahlung

Die Ermittlung der Netto-Krankenhausausgaben und damit die Ermittlung der Quoten Q2 erfolgt erstmals im 2. Quartal 2016 für das Jahr 2014. Die AOK ermittelt hierfür bis 31.05.2016 die Netto-Entwicklung der Krankenhausausgaben und stellt den Vertragspartnern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Informationen zur Verfügung, die erforderlich sind, um diese Berechnung nachvollziehen zu können. Der Projektbeirat stellt gemeinsam auf Basis dieser Daten bis 30.06.2016 fest, ob die Voraussetzung für die Ausschüttung dieser Qualitätszuschläge erfüllt ist. Falls die Voraussetzungen gemäß dieser Anlage erfüllt sind, streben die Vertragspartner an, die Ausschüttung mit der nächstmöglichen Abrechnung durchzuführen.

Aufwandsvergütung in der Vitamin-K-Antagonisten-Therapie

Der Vergütung der im Rahmen des Facharztvertrages Kardiologie zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Leistungen zur Vergütung des Aufwandes in der Vitamin-K-Antagonisten-Therapie liegen folgende Rahmenbedingungen zu Grunde:

I. Ziel und Definition der Therapie

Ziel des Anhang 6 zur Anlage 12 ist es, den Aufwand für die Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten zu honorieren. Als Vitamin-K-Antagonisten werden die Wirkstoffe Warfarin und Phenprocoumon definiert. Als direkte orale Antikoagulantien (DOAK) werden die Wirkstoffe Apixaban, Rivaroxaban und Dabigatran etexilat definiert. DOAKs, die zukünftig für den deutschen Markt zugelassen werden, werden automatisch ab dem Tag der Aufnahme in den IFA-Datenbestand in die definierten Wirkstoffe der DOAK-Verordnungen einbezogen.

II. Vergütungsziffern

Zur Unterstützung der Vitamin-K-Antagonisten Therapie werden zwei neue Vergütungsziffern angelegt. Folgende Regelungen bestehen:

a) Pauschale bei Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten- Therapie

- Vergütungsposition: E12
- Inhalt: Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen; Ernährungsberatung (Vitamin K), Arzt-Patient-Kontakt, Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen, Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Passes
- Vergütungsregel: Der betreuende FACHARZT erhält eine einmalige Vergütung für die erstmalige Einstellung eines Patienten auf eine Vitamin K-Antagonisten Therapie mit Warfarin oder Phenprocoumon bzw. für die Umstellung auf Warfarin oder Phenprocoumon. Erstmalig bedeutet hierbei: erstmalig: in den letzten fünf Quartalen (Betrachtungsquartal + 5 Vorquartale) vor Verordnung des VKA liegt in den Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg keine VKA-Verordnung vor.
- Vergütungshöhe: 120,00 € einmal pro Versicherten
- Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal
- Es muss mindestens ein ICD-10 Code der folgenden ICD-10 Gruppen vorliegen und als Abrechnungsdiagnose übermittelt werden, jeweils endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für „Gesichert“:

Krankheitsbild	ICD-10 Gruppe
Ischämische Herzkrankheit	I21.-; I22.-; I23.-; I24.0; I25.2-
Lungenembolie	I26.-; I27.20
Vorhofflimmern, -flattern	I48.-
Herzinsuffizienz	I50.-
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I63.-; I65.-; I66.-; I69.-
Arterielle Embolien	I74.-
Thrombosen	I80.-; I81.-; I82.-; I83.-
Kardiale/ vaskuläre Implantate/ Transplantate	Z95.-
Sonstige Koagulopathien	D68.5; D68.6

- Die E12 kann nicht im gleichen Quartal neben der Einzelleistung E13 abgerechnet werden.

b) Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie

- Vergütungsposition: E13
- Inhalt: Laboruntersuchungen, Führen des Passes, Terminmanagement, Einwirken auf die Adhärenz des Patienten, Arzt-Patient-Kontakt
- Vergütungsregel: Der betreuende FACHARZT kann bei einem HZV- (im Rahmen der Sofortabrechnung nach Einschreibung) bzw. FAV-Versicherten, der auf eine VKA-Therapie eingestellt ist, den Aufwand der Behandlung abrechnen.
- Vergütungshöhe: 15,00 € pro Quartal pro Versicherten
- Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal
- Es muss mindestens ein ICD-10 Code der folgenden ICD-10 Gruppen vorliegen und als Abrechnungsdiagnose übermittelt werden, jeweils endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für „Gesichert“:

Krankheitsbild	ICD-10 Gruppe
Ischämische Herzkrankheit	I21.-; I22.-; I23.-; I24.0; I25.2-
Lungenembolie	I26.-; I27.20
Vorhofflimmern, -flattern	I48.-
Herzinsuffizienz	I50.-
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I63.-; I65.-; I66.-; I69.-
Arterielle Embolien	I74.-
Thrombosen	I80.-; I81.-; I82.-; I83.-
Kardiale/ vaskuläre Implantate/ Transplantate	Z95.-
Sonstige Koagulopathien	D68.5; D68.6

- Die E13 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguChek®) für diesen Patienten nicht abrechenbar, unabhängig davon, von wem die Messstreifen verordnet wurden.
- Die E 13 kann nicht im gleichen Quartal neben der Einzelleistung E12 abgerechnet werden.

- Sollte im Abrechnungsquartal der E13 eine vergütete Z1a/b/c Buchung (Zuschlag für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte) für einen FAV-Versicherten anfallen, für den auch eine E13 abgerechnet wurde, erfolgt eine Kürzung der E13.

Ein Patient mit VKA-Therapie wird dadurch identifiziert, dass ihm in den letzten 5 Quartalen entweder ausschließlich und mind. einmal VKA-Präparate (und keine DOAKs) verordnet wurden oder zwar zunächst DOAKs verordnet wurden, sodann aber VKAs.

III. Stornierung der Leistung E 12

Die Leistung E 12 kann storniert werden, wenn innerhalb von fünf Quartalen nach Abrechnung der Leistung von einem/r beliebigen Arzt/Ärztin ein DOAK für den Versicherten verordnet wurde. Abgaben oder Verordnungen durch den stationären Sektor oder auch Klinikambulanzen werden nicht berücksichtigt. Die Stornierung erfolgt rückwirkend anteilig für jedes der fünf nicht vollendeten Quartale mit einer VKA-Therapie des Versicherten, d.h. es wird 1/5 (24,00 €) je Quartal von der Vergütung zurückgefordert. Ausgenommen von der Stornierung der Leistung sind Ärzte, die innerhalb des vorgegeben Zeitraums ihre Praxistätigkeit oder Vertragsteilnahme beenden.

Grundlage für die Abrechnung der E12 und E13 ist die kontinuierliche sowie umfassende Betreuung durch den FACHARZT. Bei paralleler Abrechnung von E12 oder E13 im selben Quartal durch den HAUSARZT und FACHARZT erfolgt eine Kürzung der E12 oder E13 beim FACHARZT. Für E12 gilt die Kürzungsregelung ab dem Quartal, in dem der Anteil der Parallelabrechnungen die Schwelle von 1 % an allen Einstellungspauschalen VKA (HAUSARZT und FACHARZT) übersteigt. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK.

IV. Abrechnung

Die Vergütung erfolgt im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung des HZV-Vertrages mittels der Vertragssoftware.

Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA®“)

Der Vergütung des im Rahmen des Facharztvertrages vereinbarten Vergütungszuschlages (siehe Vergütungstabelle) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

Abrechnungsvoraussetzungen für FACHARZT und EFA®

1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzung

Teilnehmen können alle am Facharztvertrag für Kardiologie der AOK teilnehmenden Ärzte, wenn sie mindestens eine/n ausgebildete und bei MEDIVERBUND gemeldete Medizinische Fachangestellte/n, Arzthelfer/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in (im Nachfolgenden gemeinsam als Medizinische/r Fachangestellte/r bezeichnet) in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

2. Spezielle Abrechnungsvoraussetzungen

- a) Erfolgreiche Teilnahme der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) am zwischen den Vertragspartnern gemeinsam vereinbarten Weiterbildungslehrgang „EFA® Kardiologie“ in Baden-Württemberg.

Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang, insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten EFAs®, regelt der Beirat gemäß § 23 des Hauptvertrages.

- b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Facharztpraxis oder vergleichbaren stationären Einrichtung mit Schwerpunkt kardiologischer Leistungen vorweisen. Auf diese Vorbeschäftigungszeit werden Ausbildungszeiten einer/s MFA in einer entsprechenden Facharztpraxis oder stationären Einrichtung angerechnet. Die Anstellung, das Ausscheiden sowie Unterbrechungen der Anstellung ab einem vollen Quartal (z.B. Elternzeit, Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub und sonstige Freistellungen ohne Tätigkeit) einer EFA® sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.
- c) Teilnahme der EFA® an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige EFA®-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

3. Abrechnung des EFA®-Zuschlages

Der EFA®-Zuschlag beträgt 5 Euro pro Quartal und wird auf die Pauschalen P1a, P1b, P1c sowie P1d erstmalig im Folgequartal nach Eingang des Nachweises der Qualifikation gemäß Ziffer 2. lit. a) bei der Managementgesellschaft und der Erfüllung der Voraussetzung gemäß Ziffer 2. lit. b) ausbezahlt.

Der EFA®-Zuschlag erfolgt nur dann, wenn die EFA®-Tätigkeit in einer Praxis mindestens 50% einer Vollzeitkraft entspricht.

Pro Quartal und pro EFA®-Vollzeitkraft (wöchentliche Arbeitszeit mind. 38,5 Stunden) werden einer Praxis bis zu 400 EFA®-Zuschläge vergütet.

Bei einem Tätigkeitsumfang von 75% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 28 Stunden) werden einer Praxis bis zu 300 EFA®-Zuschläge vergütet.

Bei einem Tätigkeitsumfang von 50% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Stunden) werden einer Praxis bis zu 200 EFA®-Zuschläge vergütet.

Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der EFA® an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte EFA®-Zuschlag für das Kalenderjahr der Nichtteilnahme zunächst unangetastet. Erfolgt im anschließenden Kalenderjahr erneut keine Teilnahme an einem Qualitätszirkel, werden für beide Kalenderjahre der Nichtteilnahme die EFA®-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung / Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der EFA®-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine EFA® in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Nr. 2 lit. b)), kann kein EFA®-Zuschlag abgerechnet werden.

Der EFA®-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

4. Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen

Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, die erfolgreiche Qualifizierung der EFA®-Kardiologie zu überprüfen und stellt den Vertragspartnern die Zertifikate, Nachweise über Anstellung und den Tätigkeitsumfang sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln gemäß Nr. 2 lit. c) im Rahmen eines zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Verfahrens zur Verfügung.

Aufgabenbeschreibung der EFA® Kardiologie

Allgemeine Aufgaben der Kardio-EFA®	Insuffizienz		KHK		Herzrhythmusstörungen	
	Obligatorisch	Nicht obligatorisch	Obligatorisch	Nicht obligatorisch	Obligatorisch	Nicht obligatorisch
Aufstellung eines Therapieplans nach Vorgaben des Arztes	x		x		x	
Beratung von Pat. und Angehörigen zur Compliance der medikamentösen Behandlung (Tages- und Wochendosette, Erinnerungshilfen, Einnahmezeiten, Überwachung durch Angehörige und Betreuer, Fragen zu Umstellung auf rabattierte Arzneimittel etc.)	x		x			
Hinweise auf Angebote der Krankenkasse zur Mitbetreuung und Aufzeigen spezifischer nicht- medikamentöse Therapieangebote (Curaplan)	x		x		x	
Ergänzende Beratung zu psychosozialen Fragen, z.B. REHA, REHA-Sport Rentenantrag, Schwerbehindertenrecht, Kfz-Eignung, Mobilität, Vollmachtenwesen, Patientenverfügung ,	x		x			
Beratung von Angehörigen und Betreuern		x		x		x
Bei Bedarf Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK bzw. Bosch BKK Patientenbegleitung	x		x		x	
Terminvergabe für ihre Patienten zu festgelegten Zeiten, (z.B. 1 Std / Woche) / ggf. Verschicken eines Fragebogens bei Terminvergabe	x		x		x	
Unterstützung der Umsetzung von Rabattarzneimittel bei Arzneimittelverordnungen im Praxisalltag	x		x		x	
Strukturierte Arztbriefe vorbereiten	x		x		x	
Unterstützung der korrekten Kodierung	x		x		x	
Kontakt zu Selbsthilfegruppen pflegen, Vermittlung von Patienten an Selbsthilfegruppen z.B. über Flyer		x		x		x
Organisation von Patientenschulungen	x		x		x	
Patienteninformationen und Abrechnung Kardio-Vertrag	x		x		x	
Kontakt zu Hausarztpraxen (VERAH/MFA) pflegen	x		x		x	

Spezielle Aufgaben Kardio-EFA®	Insuffizienz	
	Obligatorisch	Nicht obligatorisch
Ergänzende Beratung hinsichtlich Einnahmeart und -zeiten der Medikation, Erinnerungshilfen, Maßnahmen bei Vergessen der Tabletten	x	
Beratung zum Erkennen Überwässerung/Dekompensation	x	
Angehörigenberatung beim Verhalten bei Dekompensationszeichen	x	
Befragung zu subjektiver Verschlechterung an Hand der NYHA-Klassifikation	x	
Ergänzende Beratung bei Device-Patienten	x	

Spezielle Aufgaben Kardio-EFA®	KHK	
	Obligatorisch	Nicht obligatorisch
Befragung zu Anfallshäufigkeiten und Schwere (CCS-Klassifikation)	x	
Ergänzende Beratung hinsichtlich krankheitsmodifizierenden Medikation, Erinnerungshilfen, Maßnahmen bei Vergessen der Tabletten, Überwachung der Therapie, Organisation der Kontrolluntersuchungen	x	
Beratung bzgl. Koronarsportmöglichkeiten und weiteren Gesundheitsangeboten (Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion etc.)	x	
Beratung zur unbedingten Therapieadhärenz nach perkutaner Koronarintervention (PCI)	x	

Spezielle Aufgaben Kardio-EFA®	Herzrhythmusstörungen	
	Obligatorisch	Nicht obligatorisch
Ergänzende Beratung hinsichtlich krankheitsmodifizierenden Medikation, Erinnerungshilfen, Maßnahmen bei Vergessen der Tabletten, Überwachung der Therapie, Organisation der Kontrolluntersuchungen	x	
Befragung zu subjektiver Verschlechterung an Hand der EHRA-Kriterien	x	
Beratung bzgl. Anfallsdokumentation	x	
Ergänzende Beratung bei antikoagulierten Patienten	x	

Spezielle Aufgaben Kardio-EFA®	Vitien	
	Obligatorisch	Nicht obligatorisch
Ergänzende Beratung hinsichtlich krankheitsmodifizierenden Medikation, Erinnerungshilfen, Maßnahmen bei Vergessen der Tabletten, Überwachung der Therapie, Organisation der Kontrolluntersuchungen	x	
Ergänzende Beratung bzgl. wichtiger Warnsymptome bei Aortenklappenstenose	x	
Befragung zu subjektiver Verschlechterung an Hand der NYHA-Klassifikation	x	

Spezielle Aufgaben Kardio-EFA®	Hypertonie	
	Obligatorisch	Nicht obligatorisch
Ergänzende Beratung hinsichtlich krankheitsmodifizierenden Medikation, Erinnerungshilfen, Maßnahmen bei Vergessen der Tabletten, Überwachung der Therapie, Organisation der Kontrolluntersuchungen	x	
Unterstützung von Hypertoneschulungen	x	
Ergänzende Beratung bzgl. ergänzender Maßnahmen wie Kochsalzrestriktion und Alkoholkonsum	x	
Ergänzende Beratung bzgl. negativer Medikation wie Antiphlogistica	x	

**Diagnosenliste zur Ermittlung der Krankenhausausgaben pro Kopf
als Grundlage zur Quotenbestimmung der Qualitätszuschläge Q2a und Q2b**

Wie im Anhang 5 zur Anlage 12 beschrieben, werden die folgenden ICD-3-Steller zur Ermittlung der Krankenhausausgaben pro Kopf im jeweiligen Analysejahr herangezogen. Die Ergebnisse dienen als Grundlage zur Quotenermittlung für die Qualitätszuschläge Q2a und Q2b:

ICD 10 (3-Steller)	Klartext	Krankheit
I20	Angina pectoris	KHK
I200	Instabile Angina pectoris	KHK
I201	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	KHK
I208	Sonstige Formen der Angina pectoris	KHK
I209	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	KHK
I21	Akuter Myokardinfarkt	KHK
I210	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	KHK
I211	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	KHK
I212	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	KHK
I213	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	KHK
I214	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	KHK
I219	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	KHK
I22	Rezidivierender Myokardinfarkt	KHK
I220	Rezidivierender Myokardinfarkt der Vorderwand	KHK
I221	Rezidivierender Myokardinfarkt der Hinterwand	KHK
I228	Rezidivierender Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	KHK
I229	Rezidivierender Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	KHK
I23	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I230	Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I231	Vorhofseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I232	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I233	akutem Myokardinfarkt	KHK
I234	Myokardinfarkt	KHK
I235	Papillarmuskelruptur als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I236	Komplikation nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I238	Sonstige akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	KHK
I24	Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	KHK
I240	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt	KHK
I241	Postmyokardinfarkt-Syndrom	KHK
I248	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit	KHK
I249	Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	KHK
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	KHK
I250	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben	KHK
I251	Atherosklerotische Herzkrankheit	KHK
I252	Alter Myokardinfarkt	KHK
I253	Herz (-Wand) -Aneurysma	KHK
I254	Koronararterienaneurysma	KHK
I255	Ischämische Kardiomyopathie	KHK
I256	Stumme Myokardischämie	KHK
I258	Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit	KHK
I259	Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	KHK
I26	Lungenembolie	I
I260	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	I
I269	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	I
I27	Sonstige pulmonale Herzkrankheiten	I
I270	Primäre pulmonale Hypertonie	I

ICD 10 (3-Steller)	Klartext	Krankheit
I271	Kyphoskoliotische Herzkrankheit	I
I272	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie	I
I278	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten	I
I279	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	I
I42	Kardiomyopathie	I
I420	Dilatative Kardiomyopathie	I
I421	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie	I
I422	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	I
I423	Eosinophile endomyokardiale Krankheit	I
I424	Endokardfibroelastose	I
I425	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	I
I426	Alkoholische Kardiomyopathie	I
I427	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen	I
I428	Sonstige Kardiomyopathien	I
I429	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet	
I43	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	I
I430	Krankheiten	I
I431	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten	I
I432	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten	I
I438	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	I
I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	R
I440	Atrioventrikulärer Block 1. Grades	R
I441	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	R
I442	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	R
I443	Sonstiger und nicht näher bezeichneter atrioventrikulärer Block	R
I444	Linksanteriorer Faszikelblock	R
I445	Linksposteriorer Faszikelblock	R
I446	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Faszikelblock	R
I447	Linksschenkelblock, nicht näher bezeichnet	R
I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	R
I450	Rechtsfaszikulärer Block	R
I451	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Rechtsschenkelblock	R
I452	Bifaszikulärer Block	R
I453	Trifaszikulärer Block	R
I454	Unspezifischer intraventrikulärer Block	R
I455	Sonstiger näher bezeichneter Herzblock	R
I456	Präexzitations-Syndrom	R
I458	Sonstige näher bezeichnete kardiale Erregungsleitungsstörungen	R
I459	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	R
I46	Herzstillstand	R
I460	Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	R
I461	Plötzlicher Herztod, so beschrieben	R
I469	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	R
I47	Paroxysmale Tachykardie	R
I470	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry	R
I471	Supraventrikuläre Tachykardie	R
I472	Ventrikuläre Tachykardie	R
I479	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	R
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	R
I480	Vorhofflimmern, paroxysmal	R
I481	Vorhofflimmern, persistierend	R
I482	Vorhofflimmern, permanent	R
I483	Vorhofflattern, typisch	R
I484	Vorhofflattern, atypisch	R

ICD 10 (3-Steller)	Klartext	Krankheit
I489	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	R
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	R
I490	Kammerflattern und Kammerflimmern	R
I491	Vorhofextrasystolie	R
I492	AV-junktionale Extrasystolie	R
I493	Ventrikuläre Extrasystolie	R
I494	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie	R
I495	Sick-Sinus-Syndrom	R
I498	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien	R
I499	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	R
I50	Herzinsuffizienz	I
I500	Rechtsherzinsuffizienz	I
I501	Linksherzinsuffizienz	I
I509	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	I

Diagnosenliste zur ambulanten Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)

I25.1- Chronisch ischämische Herzkrankheit mit hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion kombiniert mit I50.12, I50.13 oder I50.14

- I25.11 Ein-Gefäß-Erkrankung
- I25.12 Zwei-Gefäß-Erkrankung
- I25.13 Drei-Gefäß-Erkrankung
- I25.14 Stenose des linken Hauptstammes
- I25.15 Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
- I25.16 Mit stenosierten Stents

I25.2- Alter Myokardinfarkt kombiniert mit I50.12, I50.13 oder I50.14

- I25.20 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend
- I25.21 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend
- I25.22 1 Jahr und länger zurückliegend

I25.5 Ischämische Kardiomyopathie mit einer LVEF (Linksventrikulärenauswurfraction) <35%, d. h. kombiniert mit I50.12, I50.13 oder I50.14

I42.- Kardiomyopathie kombiniert mit I50.12, I50.13 oder I50.14

- I42.0 Dilatative Kardiomyopathie
Inkl.: Kongestive Kardiomyopathie
→ Kriterium: LVEF \leq 35%, NYHA class II or III
- I42.1 Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie
Inkl.: Hypertrophische Subaortenstenose
→ Nach dem in der Leitlinie beschriebenen Risikoscore:
<http://doc2do.com/hcm/webHCM.html>
- I42.2 Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie
Inkl.: Hypertrophische nichtobstruktive Kardiomyopathie
→ Nach dem in der Leitlinie beschriebenen Risikoscore:
<http://doc2do.com/hcm/webHCM.html>
- I42.6 Alkoholische Kardiomyopathie
-> Kriterium: LVEF \leq 35%, NYHA class II or III
- I42.7 Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
-> Kriterium: LVEF \leq 35%, NYHA class II or III
- I42.8- Sonstige Kardiomyopathien
-> Kriterium: LVEF \leq 35%, NYHA class II or III)
- I42.80 Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]
laut ESC Leitlinie zur Prävention des Plötzlichen Herztodes von 2015
- I42.88 Sonstige Kardiomyopathien
-> Kriterium: LVEF \leq 35%, NYHA class II or III
- I42.9 Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
Inkl.: Kardiomyopathie (primär) (sekundär) o.n.A.
-> Kriterium: LVEF \leq 35%, NYHA class II or III

I46.- Herzstillstand

- I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung wegen VF / hämod. unstab. VT
- I47.2 Ventrikuläre Tachykardie kombiniert mit I46.0

I49.- Sonstige kardiale Arrhythmien

- I49.0 Kammerflattern und Kammerflimmern
- I49.8 Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien
Inkl.: Brugada-Syndrom, Long-QT-Syndrom

I50.1- Linksherzinsuffizienz ab LVEF<40%

- I50.12 Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
Inkl.: NYHA-Stadium II
- I50.13 Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
Inkl.: NYHA-Stadium III
- I50.14 Mit Beschwerden in Ruhe
Inkl.: NYHA-Stadium IV

ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, am Vertragsmodul zur elektronischen Arztvernetzung im Rahmen der AOK BW Selektivverträge teilzunehmen und die Fachanwendungen zu nutzen. Die Teilnahme (siehe II) ist für den FACHARZT freiwillig und kann entsprechend dieser Anlage gekündigt (siehe III) werden.

Ziel der elektronischen Arztvernetzung ist der sichere und schnelle Austausch strukturierter Behandlungsdaten zwischen den an der Patientenbehandlung beteiligten HAUSÄRZTEN und FACHÄRZTEN sowie im Falle der eAU der elektronische Versand eines bundeseinheitlichen Formularmusters (Muster 1a) an die AOK BW.

Mit diesem Vernetzungsschritt bauen die Vertragspartner die Funktionalität der alternativen Regelversorgung für HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE sowie für am Haus- bzw. Facharztprogramm der AOK teilnehmende Versicherte weiter aus und sichern den digitalen Transformationsprozess in eigenständiger und unabhängiger Umsetzung. Dabei setzen sie weitest möglich auf technische Standards, die eine rechtliche und ökonomische Anschlussfähigkeit an zentrale Entwicklungen im Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) ermöglichen.

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen.

I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU; gültig bis 30.06.2023, Umstellung auf eAU gemäß Anforderungen Telematik-Infrastruktur mit erweiterter Regelwerksprüfung ab 01.04.2023)

Der elektronische Versand des Musters 1a der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt im Rahmen des Kardiologie-Vertrags und über die dort bereits verfügbaren Systeme und etablierten Infrastrukturen mit dem Ziel, weitestgehend papierersetzend zu sein. Hierzu wird ein neuer Prozess in der Arztpraxis etabliert, in dem die Übermittlung des Musters 1a an die AOK BW nicht mehr durch den Patienten, sondern durch die Arztpraxis direkt und digital erfolgt. Die Muster 1b und 1c müssen weiterhin in jedem Fall ausgedruckt werden.

Die papierersetzende elektronische Version des Musters 1a wird mit einer elektronischen Signatur eines an der IT-Vernetzung teilnehmenden Arztes signiert. Hierbei kann es z.B. durch Delegation an ärztliches Personal zu Abweichungen zwischen ausstellendem Arzt und signierendem Arzt kommen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Abweichungen kein Sanktionsgrund, sondern durch den Praxisablauf begründet sind.

Die Details zur Verwendung der elektronischen Signatur sind Bestandteil des Anforderungskatalogs der Vertragssoftware (Anlage 10) sowie der Anforderungen an die zentrale Infrastruktur/Betreiber-gesellschaft.

Die Fachanwendung eAU ist gültig bis 30.06.2023. Die Umstellung der eAU auf die gesetzlichen Anforderungen der Telematik-Infrastruktur ist ab 01.04.2023 möglich. Mit dem Übergangsquartal Q2/2023 endet die Möglichkeit eAUs über die Infrastruktur der eAV an die AOK BW übermitteln zu können. Im Zuge dessen müssen die eAUs gem. der Regelungen innerhalb der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung (Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke) Anlage 2b BMV-Ä übertragen werden. Ergänzend zu dem gesetzlichen Weg wird die erweiterte Regelwerksprüfung der eAU für alle HZV-Versicherten der AOK BW bei Ausstellung einer eAU verwendet.

b) eArztbrief

Mit dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) werden Daten, die für einen eArztbrief relevant sind, in strukturierter Form unter Zuhilfenahme eines offenen Standards elektronisch versendet, sodass der Empfänger des eArztbriefs die Möglichkeit hat, diese Daten elektronisch (weiter-)verarbeitbar in sein eigenes Praxisverwaltungssystem zu übernehmen. Zusätzlich können auch unstrukturierte Daten Teil des eArztbriefes sein.

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

Die dann folgende Verschlüsselung ist so aufgebaut, dass nur der Empfänger in der Lage ist, die Daten zu entschlüsseln und zu lesen. Während des kompletten Transports des Briefes ist es keiner Stelle möglich, Zugriff auf das Dokument zu erhalten.

Der FACHARZT erhält in seiner Vertragssoftware die Möglichkeit, einen eArztbrief zu erstellen. Das Praxisverwaltungssystem unterstützt ihn weitest möglich durch die automatische Befüllung des eArztbriefes.

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

a. Adressierter Versand:

Dieser Versand dient dazu, einer bestimmten Einzelarztpraxis/einer BAG/einem MVZ einen eArztbrief zukommen zu lassen.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholt eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

b. Gerichteter Versand:

Dieser Versand dient dem FACHARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Kardiologie).

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versichertenkarte des Patienten im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

c) HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikationsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Medikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikationsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht eine Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des Kardiologie-Vertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der FACHARZT der Veröffentlichung seiner Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

III. Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender FACHARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Nicht besetzt

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§§ 19, 20 des Vertrages, **Anlage 12**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware). Zusätzlich führt die AOK eine solche Prüfung anhand der AOK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.
- (2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen und der Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);
 - e) Vorliegen vollständiger Informationen zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes (§ 18 Abs. 1 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung) gemäß den Einstellungen der Vertragssoftware.
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK - Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10**) übermittelten Dokumentation.
- (5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 19 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 19, 20 des Vertrages und **Anlage 12** ABSCHNITTE III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.

- (6) Die Managementgesellschaft und die AOK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN.
- (7) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.
- (8) **Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.**

Prüfwesen

Abschnitt I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die AOK bzw. die BKK prüfen die Abrechnungen der FACHÄRZTE über die Abrechnungsprüfkriterien der **Anlage 13** im Rahmen der Prüfung der AOK-bzw. BKK-Abrechnung (§ 20 Abs. 1 des Vertrages) hinaus insbesondere hinsichtlich
 - a) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht;
 - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
 - c) der Plausibilität der Zahl der von eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommenen FACHÄRZTE und sonstigen Ärzte und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der FACHARZT-Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die aus der Umsetzung des Vertrags hinaus vorliegenden Daten;
 - d) entfällt
 - e) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung soweit davon eingeschriebene Versicherte betroffen sind.
- (2) Die AOK bzw. die BKK können (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der FACHÄRZTE hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 5 des Vertrages (z.B. werktägliche Sprechstunde, Abendsprechstunde) überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.
- (4) Die AOK und die BKK unterrichten die Managementgesellschaft über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie diesen Vertrag betreffen.

- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die diesen Vertrag betreffen, kann die Managementgesellschaft den betroffenen FACHARZT zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt die Managementgesellschaft in der Regel mit dem FACHARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der FACHARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der Managementgesellschaft kann mit Zustimmung des FACHARZTES ein vom BNK, von MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK/BKK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK oder BKK hinzugezogen werden. Der FACHARZT kann einen Beistand, maximal 2 Personen, hinzuziehen. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. e kann die Managementgesellschaft darüber hinaus auch FACHÄRZTE beauftragen, einen FACHARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die Managementgesellschaft als auch die von der Managementgesellschaft beauftragten FACHÄRZTE erhalten von der AOK/BKK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden FACHARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten die Managementgesellschaft und die beauftragten FACHÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen, eingeschriebenen Versicherten mitgeteilt.
- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die Managementgesellschaft nicht klären bzw. beseitigen (§ 19 Abs. 5 bzw. Abs. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Managementgesellschaft und der AOK bzw. zwei Vertretern der BKK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die Managementgesellschaft rechtliche Schritte gemäß § 8 Absatz 4 des Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).
- (7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die AOK oder die BKK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen Patienten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder Patienten befragen. Dem FACHARZT wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme

innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen geben.

- (8) Die AOK und die BKK können, sofern dazu Veranlassung besteht, die Managementgesellschaft zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die Managementgesellschaft kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die AOK oder die BKK zu Prüfungen nach dieser **Anlage 15** auffordern.
- (9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der AOK oder BKK auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.
- (10) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 19 Abs. 5. bzw. 9 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser Anlage 15 unberührt.
- (11) **Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.** Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

Abschnitt II: Verhältnis zu § 106

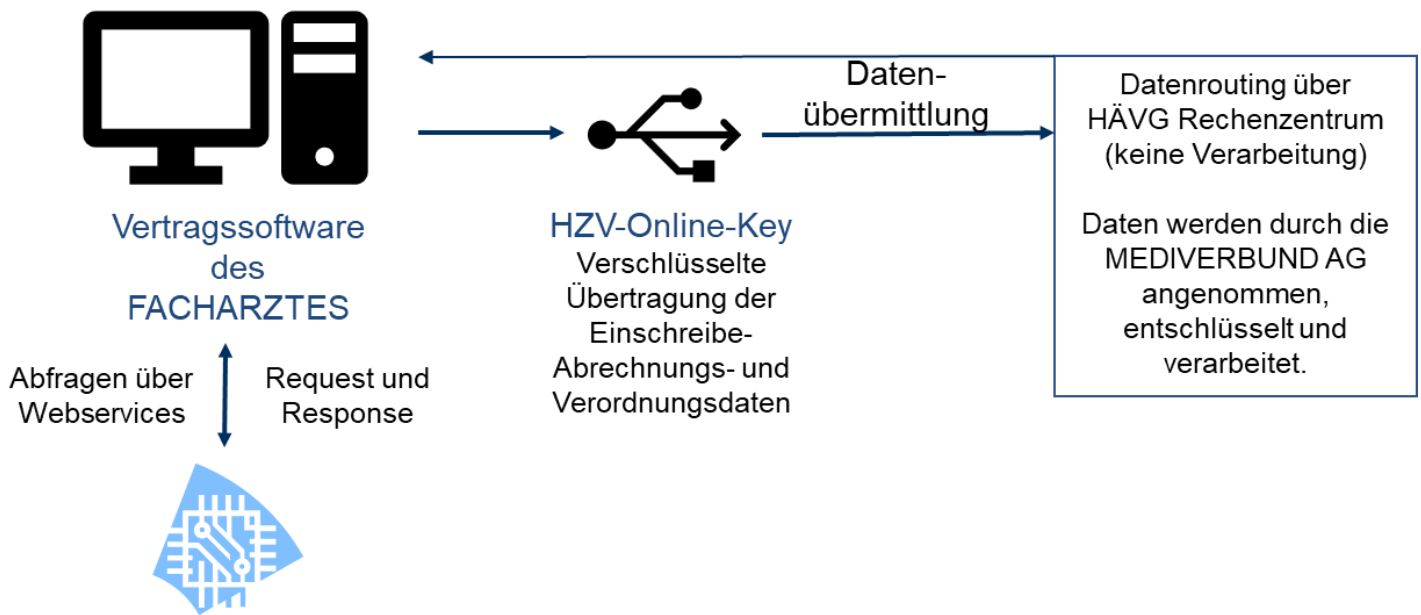
- (1) § 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.
- (2) Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK/BKK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem FACHARZT einzufordern. Für die Fälle in denen FACHÄRTZE einer Verrechnung mit den Honorarzahungen zustimmen, muss MEDIVERBUND eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der FACHARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt. FACHÄRTZE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung der Vertragsteilnahme oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK/BKK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 € der Regresseinzug direkt durch die AOK/BKK. Gleiches gilt für FACHÄRTZE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

Datenschutz

Datenübermittlung

I. Schaubild der Datenübermittlung

Übermittlung der Einschreibe- und Abrechnungsdaten vom FACHARZT an die Managementgesellschaft:



HÄVG-Prüfmodul

Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt, und enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

II. Datenübermittlung vom FACHARZT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (KV- Prüfnummer, System-ID, Name der Software, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Informationen zum HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den Facharztvertrag

- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Versichertennummer und Status)
- Abrechnungsrelevante Daten (Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- ggf. Informationen zu Stellvertretern (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)
- Informationen zur Weiterüberweisung (Überweisungsdatum, Quartal, Geschlecht, Überweisung an, Überweisungsart, Auftragsart, Unfallkennzeichen)
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

III. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK/Bosch BKK

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, LANR und BSNR des überweisenden Arztes)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, OPS, Behandlungsdatum, Art der Inanspruchnahme)

IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und teilnehmenden FACHÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die teilnehmenden FACHÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 4 des Facharztvertrages und der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche iSv Art. 26 iVm Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten i.S.d. Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung:

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen die Inhalte des Facharztvertrages gemeinsam fest.
- (2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.
- (3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.

2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.

3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK/Bosch BKK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem. Anlage 7.

4. Datensicherheit

Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.

5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden

- (1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/BOSCH BKK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die FACHÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.
- (3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

7. Sonstige Pflichten

- (1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichtet.
- (2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.
- (3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

V. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK verarbeiten über den Regelungsbereich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen dieses Vertrages gemeinsam die Daten der teilnehmenden **FACHÄRZTE** gemäß den Bestimmungen von **Abschnitt IV des Facharztvertrages**. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Daten i.S.d. Art 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbereich.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet für ihren Zuständigkeitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch möglich revisionssicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12 Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK vorzulegen.
- (3) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind nur berechtigt, die Daten im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

1. Informationspflichten gegenüber den FACHÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden **FACHARZT** werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der **FACHARZT** wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VI) über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.

2. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der FACHÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der **FACHÄRZTE** nach Art. 15 ff. ist die Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen für die **FACHÄRZTE**.

3. Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet, für die vertragsgemäße Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

4. Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK in eigener Zuständigkeit wahr.
- (2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.
- (4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK/Bosch BKK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus **Ziffer III** für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von **Ziffer IV**.

VI. Information für den FACHARZT gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages am Facharztvertrag

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V., den BNK, die BNK Service GmbH und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.
- (2) Empfänger der Daten des FACHARZTES sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie die Managementgesellschaft, MEDI Baden-Württemberg e.V. und die teilnehmenden Berufsverbände BNK und die BNK Service GmbH.

- (3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.
- (4) Der FACHARZT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

- (5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart; Tel. 0711 80 60 79-0; ist Herr Markus Zechel; migosens Datenschutz Service Desk, Wiesenstraße 35, 45473 Mülheim a. d. Ruhr, Tel.: 0208 993 95 112, Email: datenschutz@migosens.de, Internet: www.migosens.de)
- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die Facharztverbände und/oder die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managamentgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32 70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15

Grundlagen der Schnittstellenkoordination

Im Mittelpunkt der Versorgung und Schnittstellenbeschreibung stehen gemäß der demographischen Entwicklung und der Kosten Patienten mit chronischen Herzerkrankungen wie Herzinsuffizienz, koronarer Herzerkrankung, Rhythmusstörungen und Vitien.

Insbesondere bei komplizierten und kostenintensiven Behandlungsverläufen geht die Versorgung durch Experten wie Fachärzte mit besserem klinischen Outcome und niedrigeren Gesundheitsausgaben einher (Sachverständigenratsgutachten 2009 www.svr-gesundheit.de).

Diagnostik und Therapie als vorausschauend koordinierte Betreuung ist der Schwerpunkt der interdisziplinären Schnittstellenbeschreibung und -koordination bei moderner apparativer Ausstattung, leitlinienorientierter Behandlung und ganzheitlicher Beratung mit rascher und verlässlicher Befundübermittlung und Kommunikation.

Hausärztliche Kernaufgaben wie Anamnese, körperliche Untersuchung und Labordiagnostik auch zur Erhebung von Risikofaktoren werden fachärztlich interdisziplinär erweitert je nach Krankheitsart und -schweregrad. Diese werden frühzeitig zu einem gemeinsam proaktiv ausgerichteten Versorgungsablauf auf der Basis der Anlagen 2 und 12 sowie der Anhänge 1 und 2 dieser Anlage zusammengeführt.

Ebenfalls frühzeitig sektorenübergreifend zu integrieren sind:

1. fachübergreifende Angebote zur Prävention und zum Lebensstil,
2. Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung von Komorbiditäten wie z.B. Depressionen, Diabetes mellitus, Hypertonus,
3. unterstützende Angebote wie z.B. durch Soziale Dienste, Case Management, Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen.

Durch die vorausschauend gesichert interdisziplinäre Versorgungskontinuität ist zu erwarten,

1. ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Krankenhausaufnahmeraten, weniger Notfallbeanspruchung und höhere Patientenzufriedenheit mit verbesserter Prognose (Sachverständigenratsgutachten 2009 www.svr-gesundheit.de),
2. eine Unterstützung der Arzt-Patient-Beziehung durch ein verlässliches und ganzheitliches Überweisungsmanagement angepasst an den Schweregrad der Erkrankung (Sachverständigenratsgutachten 2009 www.svr-gesundheit.de).

Stationäre Versorgung ist gemäß Leitlinien einzuleiten bei akuten, lebensbedrohlichen Situationen bzw. speziellen Maßnahmen.

Bei dem Übergang aus der stationären Behandlung in die kontinuierliche, ambulante Weiterversorgung ist in regelmäßiger gemeinsamer Absprache zwischen HAUS- und FACHARZT gemäß Anhänge 1 und 2 dieser Anlage die Therapie auf der Grundlage von Anlage 12 zu überprüfen, insbesondere auch die längerfristige rationale Medikation.

Anhang 1 zu Anlage 17: Überweisungsformular HAUSARZT-FACHARZT,
Strukturierter Befundbericht

Anhang 2 zu Anlage 17: Behandlungsempfehlungen Herzinsuffizienz,
Koronare Herzkrankheit, Rhythmusstörungen und Vitien

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begleitschreiben Kardiologie

1. Diagnose/Verdachtsdiagnose

WICHTIG: Alle kardiologischen Vorbefunde/Voruntersuchungen oder aktuellen Befunde seit der letzten Vorstellung müssen dem FACHARZT in Form von Briefen oder Untersuchungsprotokollen zur Verfügung gestellt werden.

Bei o.g. Patienten besteht folgende Verdachtsdiagnose ist/sind folgende kardiologischen Diagnosen bekannt
 Briefe/ Befunde bringt der Patient mit

- Herzinsuffizienz (NYHA _____)
- Koronare Herzerkrankung
- Herzrhythmusstörungen
- Vitien
- Andere kardio-vaskuläre Erkrankungen _____

Bemerkungen: _____

2. Relevante Vor- und Begleiterkrankungen

- Art. Hypertonie Fettstoffwechselstörung Nikotin
- COPD Asthma bronchiale
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2
- Niereninsuffizienz
- Andere Erkrankungen _____

ICD 10 Kode: _____

3. Teilnahme am DMP

- KHK Modul Herzinsuffizienz Diabetes Mellitus an keinem DMP

4. Beratung zu

- ARRIBA AOK Gesundheitsangeboten sonstige: _____

5. Aktuelle Medikation

- s. beiliegender Medikamentenplan
 Aktuelle Medikation _____

6. Bekannte Arzneimittel- und Kontrastmittelunverträglichkeiten

- keine bekannt
 folgende: _____

7. Labor

- s. beiliegender Laborausdruck
 Werte: _____

8. Bitte Mitgabe der aktuellen Untersuchungsbefunde falls vorhanden

- EKG Ergometrie LZ-EKG LZ-RR keine

Gliederung Befundbericht an HAUSARZT und optional an Patient

Diagnosen

ICD-Codierung

Anamnese

Vormedikation

Status

Laborwerte

Apparative Diagnostik/ Befunde

Zusammenfassende Beurteilung

Therapievorschlag

Gesundheitsangebote

Behandlungsempfehlungen für chronische Herzinsuffizienz, stabile koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen und Herzvitien

ABSCHNITT I

Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz im Rahmen der Qualitätssicherung Medizin §73c Kardiologie

Ralph Bosch*¹, Irmtraut Kruck*¹, Thomas Seyffert**²

* Kardiologische Praxis, Asperger Str. 48, 71634 Ludwigsburg

** Kaiserstr. 57, 72764 Reutlingen

¹ Bund niedergelassener Kardiologen Baden-Württemberg e.V.

² Bund niedergelassener Facharztinternisten Baden-Württemberg e.V.

1. Einleitung

Ziel des vorliegenden Manuskripts ist die Zusammenstellung praxisrelevanter Aspekte der Diagnostik und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz für Kardiologen und fachärztlich tätige Internisten. Die Empfehlungen beruhen auf den Leitlinien zur chronischen Herzinsuffizienz der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)⁵, der European Society of Cardiology (ESC)² und den Nationalen Versorgungsleitlinien Herzinsuffizienz (NVL-HI)³. Die im Manuskript verwendeten Empfehlungsgrade orientieren sich an der Einteilung nach GRADE^{1,4}.

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
A (EG A)	Starke Empfehlung	soll
B (EG B)	Empfehlung	sollte
0 (EG 0)	Offen	kann

Tabelle 1: Einstufung von Leitlinien-Empfehlungen in Empfehlungsgrade (Grades of recommendation)

Die Vergabe der Empfehlungsgrade berücksichtigt dabei neben der zugrunde liegenden Evidenz auch Aspekte wie ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe und die Umsetzbarkeit im ärztlichen Alltag.

2. Einführung – Was ist Herzinsuffizienz?

Definition (ICD-10 I50)

Pathophysiologisch: Bei der Herzinsuffizienz ist das Herz nicht mehr in der Lage, den Organismus mit ausreichend Blut und damit mit genügend Sauerstoff zu versorgen, um den Stoffwechsel unter Ruhe- wie unter Belastungsbedingungen zu gewährleisten. Eine erweiterte

Definition der Herzinsuffizienz verweist bei der Begriffsbildung der Herzinsuffizienz zusätzlich auf das komplexe Muster neurohumoraler Veränderungen (u. a. eine Stimulation des sympathischen Nervensystems) mit dem der Organismus die Dysfunktionen der Herz- und Skelettmuskulatur sowie der Nierenfunktion zu kompensieren versucht.

Klinisch: Klinisch liegt dann eine Herzinsuffizienz vor, wenn typische Symptome wie z. B. Dyspnoe, Müdigkeit (Leistungsminderung) und/oder Flüssigkeitsretention auf dem Boden einer kardialen Funktionsstörung bestehen. Bei einer asymptomatischen linksventrikulären Dysfunktion besteht eine objektivierbare kardiale Dysfunktion.

NYHA I (asymptomatisch)	Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.
NYHA II (leicht)	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris, z. B. Bergaufgehen oder Treppensteigen.
NYHA III (mittelschwer)	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris, z. B. Gehen in der Ebene.
NYHA IV (schwer)	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe, Bettlägerigkeit.

Abbildung 1: NYHA-Klassifikation bei Herzinsuffizienz nach Leistungsgrad, modifiziert nach ³

3. Prävention und Screening (modifiziert nach ³)

Prävention: Patienten mit bekannten Risikofaktoren für die Entstehung einer chronischen Herzinsuffizienz wie KHK, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen oder Adipositas sollen Therapiemaßnahmen entsprechend den aktuellen nationalen Leitlinien angeboten werden, um die Entwicklung einer chronischen Herzinsuffizienz zu verhindern. (EG A)

Screening: Ein bevölkerungsbezogenes Screening auf chronische Herzinsuffizienz wird nicht empfohlen. Asymptomatischen Personen mit erhöhtem Risiko (mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren, familiäre Disposition, kardiotoxische Exposition) sollte eine Untersuchung auf das Vorliegen einer Herzinsuffizienz empfohlen werden. Wenn eine Früherkennung bei asymptomatischen Personen mit erhöhtem Risiko für eine chronische Herzinsuffizienz durchgeführt werden soll, dann ist die Echokardiographie die Methode der ersten Wahl. (EG B)

4. Diagnostik bei Verdacht auf Herzinsuffizienz (modifiziert nach³)

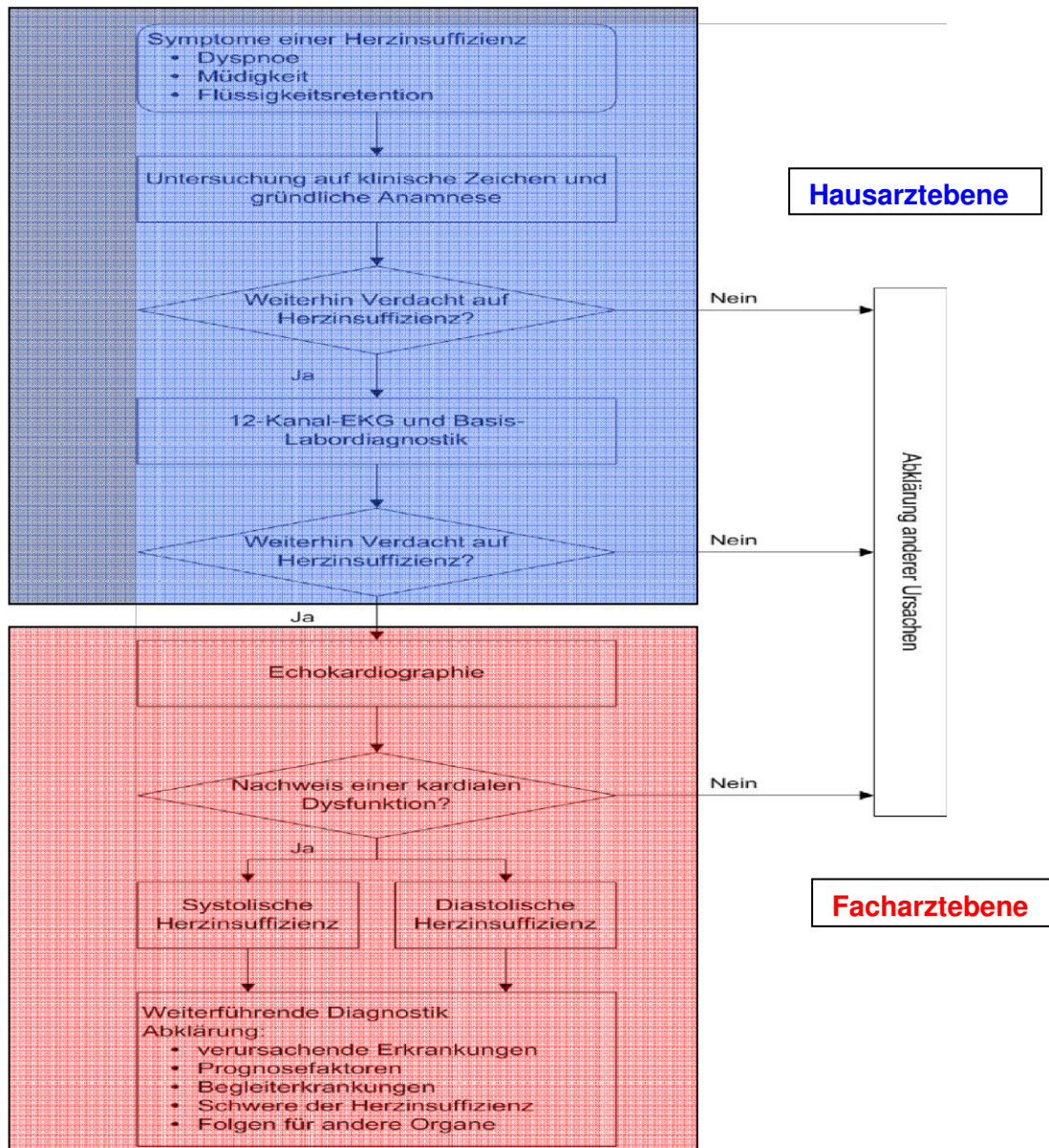


Abbildung 2: Klinischer Algorithmus zur Diagnostik der chronischen Herzinsuffizienz

Bei nach Anamnese und klinischer Untersuchung bestehendem Verdacht auf Herzinsuffizienz soll eine Abklärung durch eine Basisdiagnostik und Überweisung zum Facharzt erfolgen. (EG A)

Folgende Informationen/Befunde müssen dem Facharzt zur Verfügung gestellt werden:

- Klare Fragestellung an den Facharzt
- Voruntersuchungen (z.B. EKG, Labor, ...)
- Vorbefunde/Angaben zur Anamnese
- Vormedikation
- Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen

Die Überweisung des Patienten erfolgt mittels eines speziellen Überweisungsfomulars „Kardiologie“ im Rahmen des FacharztProgramms Kardiologie (s. Anlage 1).

4.1. Apparative Basisdiagnostik und Labor (modifiziert nach³)

Die **apparative Basisdiagnostik** bei Patienten mit Verdacht auf Herzinsuffizienz soll ein EKG (12 Ableitungen) umfassen (EG A).

Die initiale Basisdiagnostik soll folgende Laborwerte umfassen(EG B):

- Blutbild
- Serumelektrolyte (K⁺)
- Serumkreatinin, Kreatininclearance nach Cockcroft-Formel
- Leberenzyme
- TSH (noch offen)

4.1.1. Natriuretische Peptide

Im ambulanten Bereich sollte die Bestimmung der Plasmakonzentration der natriuretischen Peptide BNP und NT-proBNP nicht generell empfohlen werden. (EG B)

4.2. Echokardiographie (modifiziert nach³)

Bei allen Patienten, bei denen nach der Basisdiagnostik der Verdacht auf Herzinsuffizienz weiterhin besteht, soll eine zweidimensionale transthorakale Echokardiographie mit Doppler und Gewebedoppler durchgeführt werden. Sie dient der Objektivierung und Quantifizierung der kardialen Dysfunktion und Pathologie sowie der Diagnostik zur Ätiologie. Die Echokardiographie soll nach standardisierten Qualitätsmaßstäben erfolgen, die innerhalb des Vertrags gesondert geregelt sind. (EG A)

Die echokardiographische Untersuchung sollte neben den echokardiographischen Standardparametern (s. KV-Richtlinie Sonographie 2008) folgende Aspekte beinhalten:

- Qualitative und quantitative Beurteilung der linksventrikulären systolischen Funktion inklusive möglicher regionaler Wandbewegungsstörungen; die Angabe der Ejektionsfraktion soll nach der Methode nach Simpson erfolgen (sofern technisch durchführbar)
- Beurteilung der diastolischen Funktion inkl. Gewebedoppleruntersuchung
- nach Möglichkeit Schätzung des pulmonalarteriellen Drucks

Befunde und/oder Arztbriefe zu den Ergebnissen der Echokardiographie soll neben den technischen Angaben eine Interpretation der Messwerte beinhalten. (EG A)

4.3. Konsequenzen und weiterführende Diagnostik (modifiziert nach³)

Bei allen Patienten mit Symptomen und klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz sowie einer nachgewiesenen systolischen und/oder diastolischen Dysfunktion, sollen nach Diagnosestellung in Abhängigkeit vom klinischen Gesamtzustand des Patienten und sich daraus ergebender Konsequenzen folgende Aspekte abgeklärt werden (EG A):

- verursachende Erkrankungen (beispielsweise Myokardischämie), um ggf. eine kausale Therapie einzuleiten
- Prognosefaktoren, um die Prognose einzuschätzen
- wesentliche Begleiterkrankungen, die ein spezifisches Vorgehen in der Versorgung der Herzinsuffizienz erfordern
- Folgen für andere Organe (z. B. Niereninsuffizienz)

Herzkatheteruntersuchung:

Bei herzinsuffizienten Patienten, mit nach Basisdiagnostik und Echokardiographie unklarer Ätiologie der Herzinsuffizienz, für die sich aus einer Herzkatheteruntersuchung therapeutische Konsequenzen ergeben können, soll eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt werden. (EG A)

Für die Durchführung der Herzkatheteruntersuchung im Rahmen des FacharztProgramms Kardiologie gelten folgende Voraussetzungen:

- Die Herzkatheteruntersuchung soll bevorzugt ambulante von im FacharztProgramm Kardiologie teilnehmenden kardiologischen Praxen durchgeführt werden.
- Sofern medizinisch möglich, soll eine perkutane Intervention (PCI) in gleicher Sitzung wie die Diagnostik erfolgen.
- Der Herzkatheterbefund mit genauem Vorschlag zum Proc. geht dem überweisenden Arzt (Facharzt oder Hausarzt) spätestens am nächsten Werktag zu.
- Erfolgt eine Überweisung von Facharzt zu Facharzt, so erhält der Überweisung eine digitale Dokumentation (i.d.R. eine CD) der Herzkatheteruntersuchung.
- Der Patient erhält eine Bilddokumentation der Herzkatheteruntersuchung (präferentiell CD, alternativ Bilddokumentation).

Bei Verdacht auf Myokardischämie soll entsprechend den Empfehlungen zur KHK vorgegangen werden. (EG A)

Bei V.a. das Vorliegen einer KHK ist die Durchführung einer Ergometrie obligat. Die Ergometrie dient der Abklärung folgender Fragestellungen:

- Objektivierung der Belastbarkeit
- Hinweis auf eine Myokardischämie
- Hinweis auf Herzrhythmusstörungen
- Blutdruck und Pulsverhalten unter Belastung und in der Nachbelastungsphase

Patienten mit Herzinsuffizienz entwickeln häufig supraventrikuläre und ventrikuläre Rhythmusstörungen. Diese tragen häufig zu einer Verschlechterung der klinischen Situation bei. Bei Herzinsuffizienz besteht ein erhöhtes Risiko für maligne ventr. Tachyarrhythmien mit der Gefahr des plötzlichen Herztodes. Beim Auftreten von Rhythmusstörungen ist eine weiterreichende Diagnostik indiziert. (LZ-EKG, externer oder implantierbarer Event-Recorder, ggf. EP). Ca. 25% der Patienten mit Herzinsuffizienz benötigen im Laufe eines Jahres ein LZ-EKG.

Eine weitergehende bildgebende (MRT, Nuklearmedizin) oder invasive Diagnostik (z.B. Herzmuskelbiopsie, EPU) soll vom Kardiologen/fachärztlich tätigen Internisten geplant werden.

Bei Patienten mit nachgewiesener chronischer Herzinsuffizienz soll der aktuelle funktionelle Status initial und im Verlauf mit Hilfe der NYHA-Klassifikation bestimmt werden. (EG A)

5. Allgemeine Behandlungsstrategie (modifiziert nach ³)

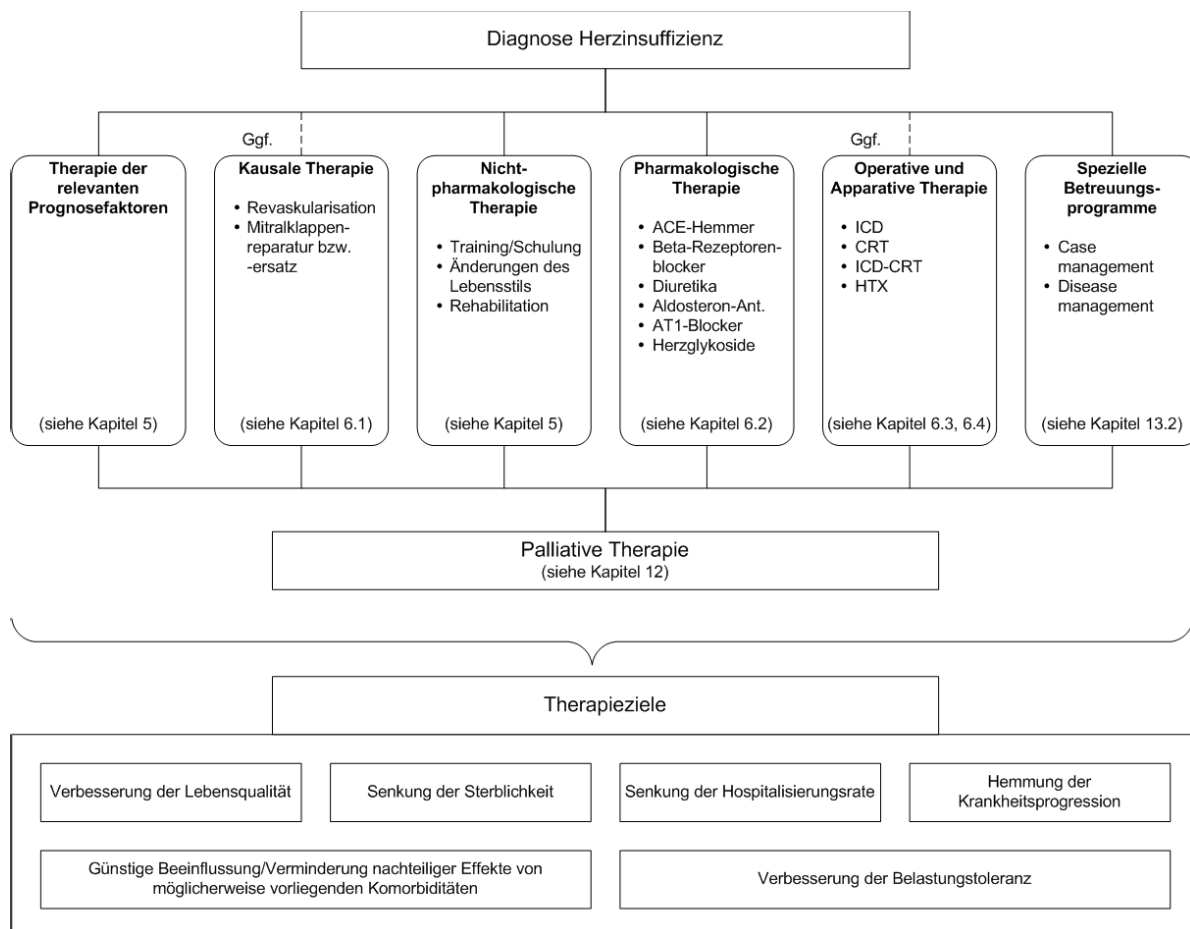


Abbildung 3 Therapieoptionen und –ziele bei chronischer Herzinsuffizienz

Alle Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und wenn möglich ihre Angehörigen sollen nach Diagnosestellung sowie vor und während der Therapie über die Grundprinzipien der Therapie aufgeklärt und zu aktiver Mitwirkung motiviert werden.

5.1. Training und körperliche Aktivität (modifiziert nach ³)

Stabile Herzinsuffizienzpatienten (NYHA I-III) sollen zu moderater körperlicher Aktivität, ggf. im Rahmen eines kardialen Trainingsprogramms, ermuntert werden. (EG A)

Ein körperliches Training bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll über eine umschriebene Rehabilitationsmaßnahme hinaus aufrechterhalten und mit ambulanten Nachsorgemaßnahmen unterstützt werden. (EG A)

Trainingsprogramme sollen bevorzugt in Sportgruppen für herzkranke Patienten erfolgen, z.B. in Koronarsportgruppen oder in anderen medizinisch orientierten Sportgruppen unter Anleitung von Trainern. Bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz (>NYHA 2) soll das Training unter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

Jeder Patient soll seine Sporeinheiten nach einem individuellen Trainingsplan absolvieren. Dieser soll mindestens 1*/Jahr an die aktualisierten Verhältnisse angepasst werden

5.2. Modifikation des Lebensstils (modifiziert nach ³)

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, die rauchen, sollen dazu ermutigt werden, das Rauchen einzustellen. Bei unzureichendem Effekt sollen weitere Maßnahmen zur Rauchentwöhnung angeboten werden. (EG A)

Patienten mit alkoholtoxischer Kardiomyopathie sollen strikte Alkoholkarenz einhalten und ggf. Unterstützung zur Abstinenz erhalten, da darunter Verbesserungen oder sogar komplette Remissionen beobachtet wurden. (EG A)

Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz, die nicht auf einer alkoholtoxischen Kardiomyopathie beruht, sollte empfohlen werden, Alkohol nur in geringen Mengen zu konsumieren. (EG B)

Mit herzinsuffizienten Patienten und ihren Partnern sollten die individuellen Möglichkeiten sexueller Aktivität besprochen werden. (EG B)

5.3. Ernährung und Gewicht (modifiziert nach ³)

Patienten mit Herzinsuffizienz sollten angehalten werden, auf eine kochsalzarme Ernährung zu achten, die max. Kochsalzmenge soll 1,5g/die betragen.

Patienten mit Herzinsuffizienz sollen dazu angehalten werden, ihr Gewicht täglich zu einem festen Zeitpunkt zu messen und bei einem für den Patienten unüblichen, kurzfristigen Gewichtsanstieg (> 1 kg/Nacht, > 2 kg/3 Tage, > 2,5 kg/Woche) den behandelnden Arzt zu benachrichtigen. (EG A)

Bei allen symptomatischen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollte geprüft werden, ob der Patient fähig ist, auf der Grundlage des Gewichtsprotokolls selbständig die Diuretikadosis anzupassen.

Patienten mit Herzinsuffizienz, die Nahrungsergänzungsmittel (z. B. Coenzym Q10, Carnitin, Taurin, Antioxydantien) einnehmen oder einnehmen wollen, sollen darüber informiert werden, dass deren Nutzen und Unbedenklichkeit nicht gesichert sind. (EG A)

Bei Patienten mit Herzinsuffizienz soll sich die Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme am klinischen Zustand (inklusive tägliche Gewichtskontrolle) und der Nierenfunktion (mindestens Serumkreatinin) orientieren (EG A):

- bei Hypervolämie und/oder Hyponatriämie maximal 1,5-2 Liter Flüssigkeit pro Tag zuführen
- bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz (NYHA III-IV) ist ggf. eine darüber hinausgehende Beschränkung erforderlich, unabhängig von Hypo- oder Normonatriämie
- exzessive Flüssigkeitsaufnahmen von drei oder mehr Litern am Tag unbedingt vermeiden.

5.4. Impfschutz und Reisen (modifiziert nach ³)

Impfschutz: Allen Patienten mit Herzinsuffizienz sollten bei Fehlen von Kontraindikationen jährlich Gripeschutzimpfungen empfohlen werden. (EG B) (Gemäß StIKo gilt die Impfung gegen Influenza bei allen Personen, die 60 Jahre und älter sind, als Standardimpfung mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfung. Bei Personen unterhalb des 60. Lebensjahres mit chronischen Herz-Kreislaufkrankungen gilt diese Impfung als Indikationsimpfung für Risikogruppen bei individuell (nichtberuflich) erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie auch zum Schutz Dritter.)

Reisen: Patienten mit Herzinsuffizienz sollten über die folgenden Aspekte aufgeklärt werden (EG B):

- Flugreisen sind kontraindiziert für Patienten mit Ruhedyspnoe
- Bei Patienten mit stabiler Herzinsuffizienz und gut kontrollierten Symptomen bestehen keine grundsätzlichen Bedenken gegen eine Flugreise
- Lange Flugreisen bergen für Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz erhebliche Risiken: z. B. Dehydratation, exzessive Beinödeme, Lungenödem, schlechtere Oxygenierung, tiefe Beinvenenthrombose
- Reisen in Zielgebiete großer Höhenlagen (> 1 500 m) oder hoher Luftfeuchte sind mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden
- Eine Anpassung der Dosierung der Pharmakotherapie in heißen und feuchten Klimaten kann erforderlich sein (Gesundheitsversorgung im Gastland?)
- Für herztransplantierte Patienten gelten besondere Reiseempfehlungen

5.5. Schulungen und Selbstmessungen

Patienten mit Herzinsuffizienz sollen über die Erkrankung, die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen einer Herzinsuffizienz-Schulung informiert werden. Diese wird durch speziell geschulte Ärzte/Krankenschwestern/Arzthelferinnen vorgenommen, analog den Schulungen zur Hypertonie.

Patienten mit einer Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III und IV sollen Blutdruckmessgeräte und Digitalwaagen zur täglichen Erhebung von Frequenz, Blutdruck und Gewicht zur Verfügung gestellt bekommen.

5.6. Beratung & gemeinsame Entscheidungsfindung

Herzinsuffizienz als chronische Erkrankung wird neben Lebensstilveränderungen und Medikamenten oft auch invasiv behandelt je nach Ausmaß der Einschränkungen.

Die verschiedenen Krankheitsausprägungen und deren Versorgungsspektrum erfordern daher zunehmend ärztliche Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten und auf Wunsch auch den Angehörigen.

Unabhängige bzw. evidenzbasierte Beratung nicht-medikamentös und medikamentös wurde grundsätzlich von Anfang an in dem kardiologischen Versorgungsvertrag angelegt.

Zudem fanden laufend technische Erneuerungen Eingang, um die Versorgung zu verbessern.

Die vielen Versorgungsmöglichkeiten erfordern zunehmend Eigenkompetenz aufseiten des Patienten, z.B.

- welche Bewegung-, Trainingsformen im Alltag hilft wie u.a. Radfahren
- welche Nebenwirkungen von Medikamenten können auftreten, daher v.a. keine nichtsteroidalen Antirheumatika (Hauptursachen für unnötige stationäre Aufnahmen)
- was ist zu tun bei welchen Herzbeschwerden
- welche Nebenerkrankungen sind auch zu beachten wie z.B. Diabetes, Depressionen
- welche Nachsorge beim Hausarzt und beim Kardiologen gemeinsam beugt am besten vor, so daß gerade bei zunehmendem Alter unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden können.

Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung sind bei Herzinsuffizienz daher besonders bedeutsam.

Die invasive Therapie soll zudem gemäß <http://www.leitlinien.de/nvl/html/nvl-chronische-herzinsuffizienz/kapitel-7> und zur Versorgungscoordination basierend auf Kapitel 14 ÄZQ einschließlich Patientenmaterialien erfolgen und erläutert werden ebenfalls mit dem Ziel der Förderung einer biopsychosozialen und evidenzbasierten Versorgung in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten und seinem Umfeld.

6. Spezifische therapeutische Maßnahmen

6.1. Kausale Therapie (modifiziert nach ³)

Bei jedem Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten zunächst die Ursache der Herzinsuffizienz behandelt werden, da die Heilung oder Linderung der Grunderkrankung unter Umständen zu einer kompletten Remission der Herzinsuffizienz führen kann. (EG A)

6.2. Revaskularisation (modifiziert nach ³)

Bei Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz auf dem Boden einer KHK, insbesondere mit persistierender Symptomatik, soll eine Myokardrevaskularisation nach Ischämienachweis erwogen werden. (EG A)

6.3. Operative Verfahren (modifiziert nach ³)

In Einzelfällen sollte eine Mitralklappenrekonstruktion bei sekundärer Mitralklappeninsuffizienz erwogen werden. Dieses Verfahren ist spezialisierten Zentren vorbehalten. (EG B)

Patienten, die trotz optimaler Therapie noch symptomatisch sind, können in Einzelfällen von weiterführenden kardiochirurgischen Maßnahmen (Ventrikelrekonstruktion, Aneurysmektomie, DorPlastik) profitieren. Diese Verfahren sind spezialisierten Zentren vorbehalten.

7. Pharmakotherapie

7.1. Pharmakotherapie bei systolischer Herzinsuffizienz (modifiziert nach ³)

Arzneimittel	NYHA-Klassen			
	NYHA I (Asymptomatische LV- Dysfunktion)	NYHA II	NYHA III	NYHA IV (Verordnung nur in enger Kooperation mit einem Facharzt für Kardiologie)
ACE-Hemmer	Indiziert	Indiziert	Indiziert	Indiziert
Beta-Rezeptorenblocker	• nach Myokardinfarkt** • bei Hypertonie**	Indiziert*	Indiziert*	Indiziert*
Diuretika	Schleifendiuretika	—	bei Flüssigkeitsretention	Indiziert
	Thiazide	bei Hypertonie	bei Flüssigkeitsretention	Indiziert***
Aldosteronantagonisten	nach Myokardinfarkt	nach Myokardinfarkt	Indiziert	Indiziert
AT1-Rezeptorblocker	bei ACE-Hemmer- intoleranz	bei ACE-Hemmer- intoleranz	bei ACE-Hemmer- intoleranz	bei ACE-Hemmer- intoleranz
Herzglykoside	• bei chronischem, tachyarrhythmischem Vorhofflimmern • bei Sinusrhythmus nur als Reservemittel****			
Antikoagulanzen	bei Vorhofflimmern oder spezifischen Bedingungen*****			

* nur bei stabilen Patienten, langsam einschleichend unter engmaschiger Kontrolle; Kontraindikationen nur bei dekompensierter Herzinsuffizienz.
 ** gemäß Leitlinien zu Hypertonie und KHK
 *** zur Potenzierung der Schleifendiuretikawirkung
 **** mit niedrigem Zielerumspiegel
 ***** siehe Empfehlung 6-15 zur antikoagulativen Therapie

Abbildung 4 Medikamentöse Stufentherapie nach NYHA-Klassen bei systolischer Herzinsuffizienz (modifiziert nach ³⁾)

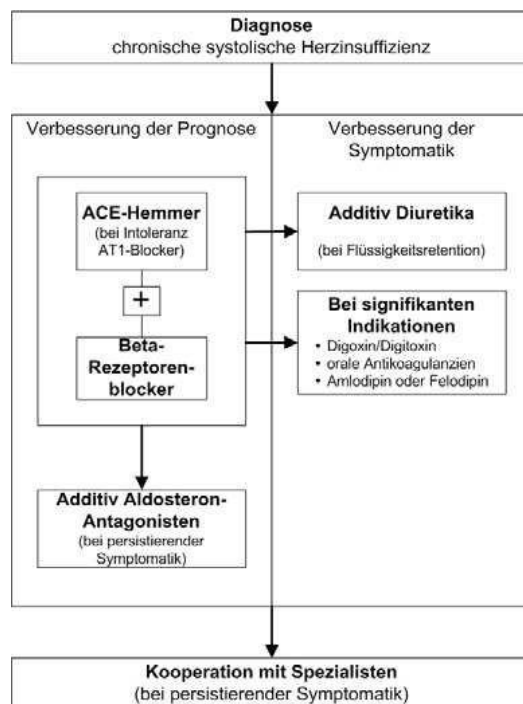


Abbildung 5 Schematische Darstellung der Pharmakotherapie bei chronischer systolischer Herzinsuffizienz (modifiziert nach ³⁾)

Dosierungsschema von Medikamenten bei Herzinsuffizienz		
	Startdosierung (mg)	Zieldosierung (mg)
ACE-Hemmer		
Ramipril	2,5 einmal tgl.	5 zweimal tgl.
Enalapril	2,5 zweimal tgl.	10-20 zweimal tgl.
Captopril	6,25 dreimal tgl.	50-100 dreimal tgl.
Lisinopril	2,5-5 einmal tgl.	20-35 einmal tgl.
Trandolapril	0,5 mg einmal tgl.	4 einmal tgl.
ARB		
Valsartan	40 zweimal tgl.	160 zweimal tgl.
Candesartan	4-8 einmal tgl.	32 einmal tgl.
Betablocker		
Bisoprolol	1,25 einmal tgl.	10 einmal tgl.
Metoprololsuccinat	12,5-23,75 einmal tgl.	190 einmal tgl.
Carvedilol	3.125 zweimal tgl.	25-50 zweimal tgl.
Nebivolol	1,25 einmal tgl.	10 einmal tgl.
Aldosteronantagonisten		
Spirolacton	25 einmal tgl.	25-50 einmal tgl.
Eplerenon	25 einmal tgl.	50 einmal tgl.

Tabelle 2 Dosierungsschema bei chronischer systolischer Herzinsuffizienz

7.1.1 ACE-Hemmer

Alle symptomatischen sowie asymptomatischen Patienten mit einer nachgewiesenen systolischen Dysfunktion (EF < 35-40%) und fehlenden Kontraindikationen sollen ACE-Hemmer erhalten. Dabei sollte bis zur höchsten in Studien ermittelten Zieldosis oder, falls diese nicht erreicht werden kann, bis zur maximal tolerierten Dosis schrittweise gesteigert werden. (EG A)

7.1.2 Angiotensin-II-Antagonisten (AT1-Rezeptorblocker)

AT1-Rezeptorenblocker sollen Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz (NYHA II-IV) erhalten, die ACE-Hemmer nicht tolerieren. (EG A)

Asymptomatische Patienten (NYHA I), die ACE-Hemmer nicht tolerieren, können alternativ AT1-Rezeptorenblocker erhalten. (EG 0)

7.1.3 Beta-Rezeptorenblocker

Alle klinisch-stabilen, symptomatischen Patienten (NYHA II-IV) mit nachgewiesener Herzinsuffizienz und Fehlen von Kontraindikationen sollen Beta-Rezeptorenblocker vom Typ Bisoprolol, Carvedilol oder Metoprololsuccinat in der Zieldosis bzw. der maximal tolerierten Dosis erhalten. Die Therapie soll niedrig dosiert begonnen werden und alle 2-4 Wochen bis zur Zieldosierung oder maximal tolerierten Dosierung auftitriert werden (s. Tabelle 2). Patienten können alternativ auch Nebivolol erhalten. (EG A)

Bei Patienten, deren Zustand sich akut verschlechtert (Übergang NYHA III-IV) sollten Beta-Rezeptorenblocker nicht zwangsläufig abgesetzt werden. (EG B)

Bei Verwendung von Metoprolol sollte nur Metoprololsuccinat eingesetzt werden, da nur hierfür entsprechende Studiendaten vorliegen. Der Einsatz von Metoprololtartrat wird nicht empfohlen.

7.1.4 Aldosteronantagonisten

Niedrig dosiertes Spironolacton sollten diejenigen Patienten additiv erhalten, die trotz optimaler Therapie mit ACE-Hemmer, Beta-Rezeptorenblocker, Diuretikum mäßig bis hochgradig symptomatisch (NYHA III-IV) bleiben (Cave: Hyperkaliämie). (EG B)

Bei Patienten im akuten Myokardinfarkt, die eine eingeschränkte Ejektionsfraktion < 40 % haben und zusätzlich klinische Zeichen einer Herzinsuffizienz aufweisen, sollte im akuten Infarktstadium (3-14 Tage nach Infarkt) eine Therapie mit Eplerenon begonnen werden. (EG B)

Bei Unverträglichkeit von Spironolacton ist die Gabe von Eplerenon alternativ möglich.

7.1.5 Diuretika

Herzinsuffizienzpatienten, die Zeichen einer Flüssigkeitsretention aufweisen, sollen Diuretika erhalten, da Diuretika die einzige medikamentöse Therapieoption zur Kontrolle des Volumenhaushalts darstellen (s. Abb 4). (EG A)

7.1.6 Reservemittel und Pharmaka für ausgewählte Patienten bei systolischer Herzinsuffizienz

7.1.6.1 Digitalis

Digoxin, seine halbsynthetischen Derivate Beta-Acetyldigoxin und Metildigoxin sowie Digitoxin sind nicht Bestandteil der Standardtherapie bei chronischer Herzinsuffizienz. (EG B)

Digoxin, seine halbsynthetischen Derivate Beta-Acetyldigoxin und Metildigoxin sowie Digitoxin sollten in der Regel bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz nur bei tachyarrhythmischem Vorhofflimmern neben der prognoseverbessernden Medikation zur Kontrolle der Ruhfrequenz gegeben werden. (EG B)

7.1.6.2 Antikoagulative Therapie

Eine chronische Herzinsuffizienz ist an sich keine Indikation für eine Antikoagulation. Eine orale Antikoagulation ist bei Herzinsuffizienzpatienten nur unter bestimmten Umständen indiziert, z. B. bei Vorhofflimmern bei Vorliegen entsprechender Risikofaktoren (nach CHADS²-Score), intrakavitären Thromben oder Ventrikulaneurysmata.

7.2. Pharmaka bei diastolischer Herzinsuffizienz (modifiziert nach³)

Die Therapie von Patienten mit chronischer diastolischer Herzinsuffizienz ist auf die Kontrolle der arteriellen Hypertonie, der Herzfrequenz und des Volumenstatus ausgerichtet.

Die Hypertoniebehandlung bei Patienten mit diastolischer Herzinsuffizienz soll konform den Leitlinien-Empfehlungen der Hypertonie erfolgen. (EG A)

Die Behandlung des Vorhofflimmerns bei Patienten mit diastolischer Herzinsuffizienz soll konform den Leitlinien-Empfehlungen zu Vorhofflimmern erfolgen. (EG A)

8. Apparative Therapie (modifiziert nach³)

8.1. Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)

Schwer symptomatische Patienten (NYHA III-IV), die folgende Voraussetzungen erfüllen, sollen eine kardiale Resynchronisation durch biventrikuläre Stimulation erhalten (EG A):

- reduzierte Ejektionsfraktion ($\leq 35\%$)
- linksventrikuläre Dilatation
- optimale medikamentöse Therapie
- Sinusrhythmus
- QRS-Komplex ≥ 120 ms

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern, die die Voraussetzungen für eine kardiale Resynchronisation erfüllen (NYHA III-IV, EF $\leq 35\%$,

linksventrikuläre Dilatation, optimale medikamentöse Therapie, QRS-Komplex ≥ 120 ms) sollte eine kardiale Resynchronisation erwogen werden. (EG B)

8.2. Implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)

8.2.1. ICD-Therapie zur Prävention nach überlebten Herzrhythmusstörungen

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll die Implantation eines Defibrillators (ICD) erfolgen, wenn sie eine Lebenserwartung von über einem Jahr haben und eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen (EG A):

- nach überlebtem plötzlichem Herztod;
- bei anhaltenden, hämodynamisch wirksamen Kammertachykardien (die nicht durch vermeidbare Ursachen aufgetreten sind).

Der Patient soll darauf hingewiesen werden, dass die Maßnahme der Verhinderung des plötzlichen Herztodes dient und nicht der Verhinderung der Progression der Herzinsuffizienz.

8.2.2. ICD-Therapie zur Prävention vor dem Auftreten von Herzrhythmusstörungen

Die Implantation eines Defibrillators (ICD) sollte bei Patienten nach Myokardinfarkt (> 4 Wochen) erwogen werden, die alle folgenden Voraussetzungen erfüllen (EG A):

- fortbestehend eingeschränkte Ejektionsfraktion ≤ 35 % nach mindestens einem Monat optimaler medikamentöser Therapie
- Lebenserwartung > 1 Jahr
- ausreichendes Zeitintervall nach revaskularisierenden Maßnahmen

Die Implantation eines Defibrillators (ICD) sollte außerdem bei Patienten mit dilatativer Kardiomyopathie (DCM) erwogen werden, die alle folgenden Voraussetzungen erfüllen (EG B):

- symptomatische Herzinsuffizienz (NYHA II-III)
- Herzinsuffizienz mindestens seit drei Monaten bestehend
- fortbestehend eingeschränkte Ejektionsfraktion ≤ 35 % nach mindestens einem Monat optimaler medikamentöser Therapie
- Lebenserwartung > 1 Jahr

8.3. CRT-ICD-Systeme

Bei schwer symptomatischen Patienten (NYHA III-IV), die sowohl die Voraussetzungen für eine biventrikuläre Stimulation (CRT) als auch für die Implantation eines Defibrillators (ICD) erfüllen, sollte die Implantation eines CRT-ICD-Systems erwogen werden. (EG B)

8.4. Nachsorge von CRT-/ICD-Aggregaten

Die Nachsorge von Patienten mit ICD- und CRT-Aggregaten erfordert besondere Kenntnisse des Untersuchers (HRS-Paper folgt). Ein Nachsorgeintervall von 3 Monaten wird empfohlen. Die Nachsorge kann vor Ort oder mit telemetrischer Unterstützung erfolgen, eine alleinige telemetrische Nachsorge soll nicht erfolgen. Abhängig vom Schweregrad der Herzinsuffizienz gelten die in Tabelle 3 aufgeführten Kontrollintervalle unverändert

8.5. Herztransplantation und künstliche Ventrikel

8.5.1. Kunstherz/Unterstützungssysteme

Die Indikation zu Kunstherzen/Unterstützungssystemen soll ausschließlich hierfür spezialisierten Einrichtungen vorbehalten werden. (EG A)

Bei Patienten mit schwerer dekompensierter Herzinsuffizienz kann die Implantation von Kunstherz/Unterstützungssystemen erwogen werden. (EG 0)

8.5.2. Herztransplantation

Bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz (NYHA III-IV) soll zwischen Hausarzt und Kardiologen die Vorstellung in einer spezialisierten Einrichtung, die ggf. eine Indikation zur Herztransplantation stellt, besprochen werden. (EG A)

Bei Patienten nach einer Herztransplantation soll in enger Abstimmung mit dem transplantierenden Zentrum folgendes berücksichtigt werden (EG A):

- strenge Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren, da diese einerseits durch die Immunsuppression verstärkt werden, andererseits das Transplantat gefährden
- grundsätzlich keine Verwendung von Lebendimpfstoffen; Impfungen mit Totimpfstoffen sollen wie bei allen chronisch kranken Patienten durchgeführt werden
- strikte Einhaltung der Untersuchungen zur Tumorfrüherkennung
- großzügige antibiotische Behandlung von Infekten
- ggf. Rücksprache bei Verordnung oder Um-/Absetzen von Medikamenten wegen des erheblichen Interaktionspotenzials von Immunsuppressiva

9. Komplementärmedizinische Therapie in der Pharmakotherapie (modifiziert nach ³⁾)

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll der Einsatz von komplementärmedizinischen Therapien in der Pharmakotherapie unterbleiben. Zu diesen Therapien werden Phytopharmaka bzw. Nahrungsergänzungsmittel wie Crataegusextrakt (Hawthorn Extract, Weißdorn), Coenzym Q (Ubichinon), Myrobalan (Terminalia arjuna), Carnitine, Taurin und Antioxidanzien gerechnet. (EG A)

Der Einsatz dieser komplementärmedizinischen Therapien ist auch nicht als Zusatz (add-on) zu einer Basistherapie indiziert.

10. Akute Dekompensation

10.1. Einweisungskriterien (modifiziert nach ³⁾)

Bei Patienten mit bekannter chronischer Herzinsuffizienz soll eine unmittelbare stationäre Einweisung bei folgenden Indikationen erfolgen (EG A):

- Symptomatische Hypotension oder hydropische Dekompensation als Hinweis auf eine schwer dekompensierte Herzinsuffizienz

- Schwere Ruhedyspnoe (Ruhetachypnoe, Sauerstoffsättigung < 90%)
- Hämodynamisch relevante Arrhythmie (inkl. neu aufgetretenem Vorhofflimmern)
- bedeutende Elektrolytverschiebungen (Hyponatriämie, Hypo- oder Hyperkaliämie)
- neu aufgetretene oder dekompensierte Komorbidität (z. B. Pneumonie, Lungenembolie, diabetische Ketoazidose, Schlaganfall, akutes Nierenversagen usw.)
- sonstige schwere Gründe

10.2. Basisdiagnostik bei ambulanter Weiterbehandlung der Dekompensation (modifiziert nach ³)

Infrastrukturelle Voraussetzungen für die ambulante Betreuung dekompensierter Patienten:

- Bei Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom als Ursache für die akute Herzinsuffizienz soll die entsprechende Diagnostik sofort erfolgen (EG A). Ein Troponintest muß als Point-of-Care-Test durchgeführt werden können.
- Alle Laborwerte sollen innerhalb von spätestens 24 Stunden zur Verfügung stehen.
- Ein Patient mit kardialer Dekompensation muss am selben Arbeitstag einen Termin beim Facharzt erhalten
- Eine Erreichbarkeit des Arztes über 24 Stunden muss gewährleistet sein

Bei geplanter ambulanter Betreuung der Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz soll die Basisdiagnostik folgende Parameter umfassen (EG A):

- Blutbild
- Serumkreatinin, Kreatininclearance nach Cockcroft-Formel
- Elektrolyte (Na, K)
- Leberenzyme
- Troponin (als Point-of-Care-Test)
- EKG
- Echokardiographie inkl. Pleurasonographie
- Optional: Sauerstoffsättigung
- Evtl. Röntgen-Thorax

10.3. Therapiemaßnahmen (modifiziert nach ³)

Patienten mit akut dekompensierter Herzinsuffizienz und Zeichen der Volumenbelastung sollen initial umgehend Schleifendiuretika erhalten (EG A).

Bei akut dekompensierter Herzinsuffizienz soll, abhängig von Komplikationen (Hypotension, Elektrolytentgleisung, Nierenversagen, Herzrhythmusstörungen), die vorbestehende medikamentöse Dauertherapie (ACE-Hemmer, AT1-Rezeptorblocker, Aldosteronantagonisten, Beta-Rezeptorenblocker, Thiazide) überprüft und ggf. modifiziert werden. (EG A)

Patienten mit akut dekompensierter Herzinsuffizienz sollen verringert ihre Flüssigkeitsaufnahme beschränken, insbesondere bei Hyponatriämie (s. Punkt 5.3.) (EG B)

Bei Patienten mit akut dekompensierter Herzinsuffizienz und Ruhedyspnoe sowie normalen oder erhöhten Blutdruckwerten kann adjuvant zu den Diuretika ein Nitroglyzerinpräparat gegeben werden. (EG 0)

10.4. Monitoring

Bei Patienten mit akut dekompensierter Herzinsuffizienz sollen bis zur Stabilisierung **täglich an Werktagen** Herzfrequenz/Herzrhythmus, Blutdruck und Sauerstoffsättigung kontrolliert werden. In Abhängigkeit vom Schweregrad kann auch ein mehrfaches oder kontinuierliches Monitoring dieser Parameter erforderlich sein. Zusätzlich sollen Patienten folgende Parameter täglich mindestens einmal erheben: Puls, Blutdruck, Gewicht.

Bei Patienten mit akut dekompensierter Herzinsuffizienz sollten außerdem folgende Parameter mindestens alle 3 Tage kontrolliert werden:

- Zeichen und Symptome der Volumenbelastung;
- Gewicht
- Serumelektrolyte (K, ggf. Na);
- Nierenfunktion (Serumkreatinin).

10.5. Weiteres Betreuungsmanagement (modifiziert nach ³)

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollten nach einer behandelten Dekompensation folgende Kriterien erfüllt sein (EG B):

- Ursachen der Dekompensation wurden ermittelt
- Edukation von Patient und/oder Familienangehörigen ist erfolgt, Unterlagen hinsichtlich Medikation, Salzrestriktion und empfohlenen Aktivitäten wurden ausgehändigt
- Indikationen für die wesentlichen Substanzklassen der Herzinsuffizienztherapie (ACE-Hemmer/AT1-Rezeptorenblocker, Beta-Rezeptorenblocker, Aldosteronantagonisten) und nichtpharmakologischen Therapiemaßnahmen (z. B. Revaskularisation und Device-Therapie) entsprechend den gültigen Leitlinien wurden geprüft
- Kommunikation mit dem Hausarzt über eine kurzfristige Nachkontrolle, evtl. Indikation für eine Rehabilitationsmaßnahme und häusliche Versorgungssituation
- ein detaillierter Behandlungsvorschlag zur Auftitration der verschriebenen Pharmaka in den nächsten Wochen für den weiterbetreuenden Arzt wurde erstellt

Nach erfolgreicher Rekompensation sind evtl. im Übergangszeitraum engmaschigere Kontrollen notwendig, bevor die Empfehlungen zu Kontrollintervallen bei chronischer Herzinsuffizienz (s. Kap. 11) Anwendung finden.

11. Verlaufskontrolle

Bei allen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll regelmäßig der klinische Status anhand der folgenden Parameter überprüft werden (EG A)³:

- funktionale Kapazität (NYHA-Klasse);
- psychosozialer Status und Lebensqualität;
- Volumenstatus (Gewichtsverlauf, klinische Untersuchung, Blutdruckmessung);
- Herzrhythmus und -frequenz (Pulsmessung, ggf. EKG und Langzeit-EKG);

- eingenommene Medikation (Erfassung – Kontrolle – ggf. Anpassung, UAW);
- Laborkontrolle (Natrium, Kalium, Kreatinin bzw. glomeruläre Filtrationsrate(eGFR)).

11.1. Kontrollintervalle in Abhängigkeit vom Schweregrad der Herzinsuffizienz und der linksventrikulären Funktionsstörung

Die Empfehlungen beziehen sich auf Patienten in stabilem klinischem Zustand mit einer stabilen, optimierten Medikation. Bei instabiler Klinik oder einer Modifikation gelten entsprechend kürzere Intervalle. Für Patienten mit Dekompensation gelten gesonderte Empfehlungen (s. Kap. 10).

Patientengruppe	Maximales Kontrollintervall	Minimal zu bestimmende Parameter
NYHA I-II		
Normale oder geringgradig eingeschränkter Pumpfunktion (EF >45%)	1 Jahr	1. Anamnese und klinische Untersuchung, EKG, K ⁺ , Kreatinin, GFR. 2. Echokardiographie 3. Bei KHK: Ergometrie
Mittel- und höhergradig eingeschränkte Pumpfunktion (EF 30-44%)	6 Monate	1. Anamnese und klinische Untersuchung, EKG, K ⁺ , Kreatinin, GFR. 2. Echokardiographie mindestens alle 6-12 Monate 3. Bei KHK: Ergometrie mindestens alle 6-12 Monate
Hochgradig eingeschränkte Pumpfunktion (EF <30%)	3 Monate	1. Anamnese und klinische Untersuchung, EKG, K ⁺ , Kreatinin, GFR. 2. Echokardiographie mindestens alle 3-6 Monate 3. Bei KHK: Ergometrie mindestens alle 6-12 Monate
NYHA III		
Unabhängig von der LV-Funktion	3 Monate	1. Anamnese und klinische Untersuchung, EKG, K ⁺ , Kreatinin, GFR, NTproBNP oder BNP 2. Echokardiographie alle mindestens 3-6 Monate 3. Bei KHK: Ergometrie mindestens alle 6-12 Monate
NYHA IV		
Unabhängig von der LV-Funktion	1 Monat	1. Anamnese und klinische Untersuchung, EKG, Na ⁺ , K ⁺ , Kreatinin, Kreatinin-clearance, BNP oder NTproBNP. 2. Echokardiographie mindestens alle 1-3 Monate

		3. Bei KHK: Ergometrie alle 6-12 Monate
--	--	---

Tabelle 3: Kontrollintervalle bei stabiler chronischer Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz-spezifische Anamnese soll nach einem standardisierten Fragebogen erfolgen (s. Anlage 1), dieser kann vom Patienten vor dem Kontakt mit dem Arzt ausgefüllt werden. Die Antworten werden in der Akte des Patienten dokumentiert und können ggf. für weitere (z.B. wissenschaftliche) Fragestellungen verwendet werden.

Bei klinisch begründetem Verdacht schließen sich den vorgeschlagenen Tests weitere Untersuchungen (z.B. bildgebende Verfahren, invasive Diagnostik) an.

12. Komorbidität (modifiziert nach ³)

12.1. Niereninsuffizienz

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und einem erheblichen Anstieg des Serumkreatinins (GFR-Abfall) sollen auf reversible Ursachen (z. B. Begleitmedikation, Hypovolämie, Hypotension, Harnwegsverengung oder -infektion) der Niereninsuffizienz untersucht werden. (EG A)

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und begleitender Niereninsuffizienz sollten entsprechend den ermittelten Ursachen folgende Maßnahmen erwogen werden (EG B):

- bei Dehydratation: Lockerung der Flüssigkeitsrestriktion, Dosisreduktion oder befristete Aussetzung des Diuretikums
- bei Therapie mit ACE-Hemmer, AT1-Rezeptorenblocker und/oder Spironolacton: Dosisreduktion oder befristete Aussetzung
- bei separater Nierenerkrankung (diabetische Nephropathie, renovaskuläre Erkrankungen): Untersuchung der Nierenfunktion

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und begleitender Niereninsuffizienz sollte die Erhaltungsdosis von Digoxin reduziert bzw. auf Digitoxin umgestellt werden und bei fortschreitender Verschlechterung der Nierenfunktion die Therapie mit Digoxin ausgesetzt werden (EG B).

12.2. Diabetes mellitus

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und begleitendem Diabetes mellitus sollen entsprechend den Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Diabetes-Leitlinien behandelt werden. Metformin und Insulinsensitizer (Glitazone) sind bei NYHA III-IV kontraindiziert. (EG A)

12.3. Hypertension/KHK/Angina pectoris

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und begleitender Hypertension sollen entsprechend den Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien zur Therapie der Hypertension behandelt werden. (EG A)

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und begleitender chronischer KHK sollen entsprechend den Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien zur Therapie der chronisch stabilen Angina pectoris behandelt werden. (EG A)

Bei Patienten mit chronischer systolischer Herzinsuffizienz und therapierefraktärer arterieller Hypertonie und/oder Angina pectoris ist unter den Kalziumkanalblockern die additive Gabe von Amlodipin oder Felodipin möglich. Alternativ ist auch die Gabe von Lercanidipin möglich.

12.4. COPD/Asthma

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz stellt eine begleitende COPD keine Kontraindikation für die Gabe eines Beta-Rezeptorenblockers dar.

13. Psychosoziale Aspekte (modifiziert nach ³)

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollten nach Diagnosestellung und in regelmäßigen Abständen hinsichtlich psychischer (Angst, Depression) und sozialer Probleme im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs befragt werden. (EG B)

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und Indikation für eine Therapie mit Antidepressiva sollen Trizyklika, aufgrund ihrer proarrhythmischen und negativ inotropen Wirkung, vermieden werden. (EG A)

14. Rehabilitation (modifiziert nach ³)

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz (NYHA II-III) und/oder bei klinisch stabilisierten Patienten nach Dekompensation sollte eine kardiologische Rehabilitation durchgeführt werden, wenn als Ursache der Herzinsuffizienz eine koronare Herzkrankheit und/oder eine hypertensive Herzkrankheit vorliegt. (EG B)

Eine kardiologische Rehabilitation sollte insbesondere dann erfolgen, wenn:

- die Optimierung der Herzinsuffizienzmedikation häufiger Kontrollen bedarf
- die körperliche Trainingstherapie noch initiiert und anfänglich überwacht werden muss
- ein besonderer Bedarf an Schulungen und/oder Lebensstilinterventionen besteht
- Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und/oder bei der psychischen Stabilisierung notwendig ist
- die Aussicht auf Stabilisierung bzw. Verbesserung der sozialen und/oder insbesondere der beruflichen Teilhabe besteht

Eine kardiologische Rehabilitation sollte auch bei anderen kardialen Grunderkrankungen angeboten werden, wenn die oben aufgezählten Aspekte bei einem Patienten von Bedeutung sind.

Zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme soll den Patienten basierend auf dem erreichten Bewegungsniveau, den Risikofaktoren und Stresstestdaten (falls verfügbar) ein spezifischer

Übungsplan sowie Informationen zu Möglichkeiten der strukturierten Nachsorge (z. B. ambulante Herzgruppen, Selbsthilfegruppen) angeboten werden. (EG A)

15. Multimorbidität und geriatrische Aspekte (modifiziert nach³)

Bei multimorbiden Patienten mit chronischer systolischer Herzinsuffizienz sollen die folgenden Pharmaka unbedingt vermieden werden (EG A):

- selektive COX-2-Hemmer
- negativ inotrope Kalziumkanalblocker (Diltiazem, Verapamil) bei chronischer systolischer Herzinsuffizienz
- Antiarrhythmika Klasse I und III (Ausnahme Amiodaron)
- Trizyklika
- Amphetamine
- Minoxidil
- Metformin und Insulinsensitizer (Glitazone) bei NYHA III-IV
- Mutterkornalkaloide

Bei multimorbiden Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollten die Indikationen folgender Pharmaka kritisch gestellt und die langfristige Gabe möglichst vermieden werden (EG B):

- nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)
- Phosphodiesterasehemmer (z. B. Sildenafil), Cilostazol
- Carbamazepin
- Itraconazol
- Corticosteroide
- Alphablocker

16. Palliativversorgung (modifiziert nach³)

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollten mögliche Verunsicherungen und Ängste bezüglich eines plötzlichen Todes in allen Stadien der Erkrankung besprochen werden. Dabei sollte auf gezielte Äußerungen oder Nachfragen des Patienten oder seiner Angehörigen sowie auf nonverbale Angstsignale geachtet und eingegangen werden, insbesondere bei Erstdiagnose oder Progredienz der Erkrankung bzw. bei wiederholten Dekompensationen. (EG B)

17. Versorgungsmanagement und Nahtstellen (modifiziert nach³)

Im Rahmen der Erstdiagnostik einer Herzinsuffizienz soll eine Überweisung zum Kardiologen/Facharztinternisten erfolgen, um die verursachende Erkrankung zu diagnostizieren, die Art und das Ausmaß der Herzinsuffizienz zu bestimmen und ggf. Ansätze für eine kausale Therapie zu identifizieren. (EG A)

Ein Termin beim Kardiologen/Facharztinternisten bei neu bestehendem V.a. Herzinsuffizienz soll innerhalb der nächsten 10 Werktage vergeben werden. Bei akuter Dekompensation ist eine sofortige Vorstellung, d.h. am selben Werktag, notwendig.

Allen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollen regelmäßige fachkardiologische Verlaufsuntersuchungen eingehalten werden. Dies gilt auch für wenig symptomatische Patienten mit deutlicher kardialer Dysfunktion zur Frage nach Verbesserung oder Verschlechterung unter Therapie. Die Länge der Intervalle soll der Schwere der Erkrankung angepasst werden (S. Kap. 11). (EG A)

Patienten, die nach kardialer Dekompensation aus einer stationären Behandlung entlassen wurden, stellen ein besonderes Risikokollektiv dar und sollten dem Kardiologen/Facharztinternisten kurzfristig nach der Entlassung aus der Klinik vorgestellt werden.

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz soll die Kooperation zwischen Hausarzt und Kardiologen außerhalb der Kontrolluntersuchungen bei folgenden Konstellationen angestrebt werden (EG A):

- bei Vorliegen einer diastolischen Herzinsuffizienz bei allen Problemen, die sich während oder nach Einstellung mit Pharmaka ergeben, dazu zählen insbesondere Hypotension und Bradykardie
- wenn Unsicherheiten hinsichtlich der Umsetzung der Therapieempfehlungen der vorliegenden Leitlinie bestehen (z. B. Gabe von Beta-Rezeptorenblockern)
- bei Problemen mit Vorhofrhythmusstörungen, insbesondere Tachykardien
- bei Patienten, die gemäß der vorliegenden Leitlinie behandelt werden und bezüglich der Herzinsuffizienz aber auch bezüglich evtl. bestehender Angina pectoris-Symptomatik keine Symptomverbesserung erfahren, zur Prüfung weiterer Therapieoptionen
- bei Patienten mit therapierefraktären Symptomen der Herzinsuffizienz
- bei Patienten mit Indikation zu medikamentöser antiarrhythmischer Therapie oder zur Implantation eines antitachykarden Schrittmachersystems (ICD oder CRT-ICD)
- bei Patienten zur Klärung weiterführender interventioneller oder operativer Therapieverfahren
- bei Patienten zur Prüfung einer Indikation zu einer additiven AT1-Rezeptorenblockertherapie zusätzlich zum ACE-Hemmer

17.1. Facharztbrief

Therapieempfehlungen, Informationen und die Länge der Kontrollintervalle sollen zwischen dem betreuenden Hausarzt und beteiligten Fachärzten präzise kommuniziert und gemeinschaftlich abgestimmt werden. Therapieempfehlungen sollen schriftlich nach Facharztstandard und zügig mitgeteilt werden. Der Facharztbrief muß folgende Elemente enthalten:

- Dokumentation und Interpretation der Ergebnisse
- Klare Empfehlungen zum therapeutischen Procedere
- Angaben zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

- Angaben zu Art und Umfang eines körperlichen Trainings inkl. möglichen Sportarten, Belastungsintensität, Pulsgrenzen, Trainingsdauer- und frequenz
- Angaben zum weiteren Procedere und zur Wiedervorstellung

17.2. Kooperation mit anderen Fachdisziplinen

Bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz sollte die Kooperation zwischen Hausarzt/Kardiologen und Nephrologen bei folgenden Konstellationen angestrebt werden (EG B):

- bei stark eingeschränkter oder sich deutlich verschlechternder Nierenfunktion
- bei Proteinurie

Eine Überweisung zu und abgestimmte Mitbehandlung durch Fachärzte bzw. Therapeuten der psychosozialen Fachgebiete sollte erfolgen bei (EG B):

- persistierenden Adhärenzproblemen – trotz erfolgter Information und ggf. Schulung;
- ätiologisch relevanter Suchterkrankung
- trotz hausärztlicher und/oder kardiologischer Behandlung persistierender psychischer bzw. psychosomatischer Störung (insbesondere Depression, Anpassungsstörung, Angststörung und somatoforme Störung)
- zunehmender kognitiver Beeinträchtigung

Im Rahmen der Erstdiagnostik einer Herzinsuffizienz soll der Kohlenhydratstoffwechsel (gestörte Nüchtern glukose, evtl. gestörte Glukosetoleranz, Diabetes mellitus) untersucht werden. Bei einer Auffälligkeit soll der Patient an einen qualifizierten Facharzt oder einen diabetologisch qualifizierten Arzt oder eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung überwiesen werden, um die prognostische Wertigkeit, die ggf. erforderliche antidiabetische Therapie sowie die Interaktion mit der notwendigen erkrankungsspezifischen Medikation zu beurteilen. (EG A)

Literaturverzeichnis

- 1) Atkins, David; Best, Dana; Briss, Peter A.; Eccles, Martin; Falck-Ytter, Yngve; Flottorp, Signe et al. (2004): Grading quality of evidence and strength of recommendations. In: BMJ, Jg. 328, H. 7454, S. 1490.
- 2) Cohen-Solal, Alain; McMurray, John J. V.; Ponikowski, Piotr; Poole-Wilson, Philip Alexander; Dickstein, Kenneth; Filippatos, Gerasimos et al. (2008): ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). In: Eur Heart J, Jg. 29, H. 19, S. 2388–2442.
- 3) Ertl, Georg; Hardt, Roland; Hermann-Lingen, Christoph; UtaHoppe, C. C.; Miche, Eckart; Mörike, Klaus et al. (2009): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Online verfügbar unter <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/herzinsuffizienz>.
- 4) Guyatt, Gordon H.; Oxman, Andrew D.; Vist, Gunn E.; Kunz, Regina; Falck-Ytter, Yngve; Alonso-Coello, Pablo; Schunemann, Holger J. (2008): GRADE: an emerging

- consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: BMJ, Jg. 336, H. 7650, S. 924–926.
- 5) Hoppe, Uta C.; Böhm, Michael; Drexler, Helmut; Hasenfuß, Gerd; Osterspey, Adi; Pauschinger, Markus (2009): Kommentar zu den ESC-Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Leitlinien zur Therapie der chronischen und akuten Herzinsuffizienz: Was ist neu. In: Der Kardiologe, Jg. 3, H. 1, S. 16–23.
 - 6) Winfried Banzer Hrsg. Körperliche Aktivität und Gesundheit, Springer Verlag 2016
 - 7) Wilhelm Niebling et al Arzt Handbuch Rationale Pharmakotherapie: Wirtschaftliche und evidenzbasierte Arzneiverordnung für die Praxis, 2009
 - 8) Herold Innere Medizin 2018
 - 9) www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-006.html
 - 10) <http://www.aezq.de/mdb/news/news2017-09-01Patientenmaterialien>

Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der stabilen koronaren Herzerkrankung im Rahmen der Qualitätssicherung Medizin §73c Kardiologie

Ralph Bosch**§, Irmtraut Kruck**§, Thomas Seyffert**†, Norbert Smetak***§

* Kardiologische Praxis, Asperger Str. 48, 71634 Ludwigsburg

** Reutlingen

*** Kardiologische Praxis, Hahnweidstr. 21, 73230 Kirchheim

§ Bund niedergelassener Kardiologen Baden-Württemberg e.V.

† Bund niedergelassener Facharztinternisten Baden-Württemberg e.V.

1. Einleitung

Ziel des vorliegenden Manuskripts ist die Zusammenstellung praxisrelevanter Aspekte der Diagnostik und Therapie der stabilen koronaren Herzerkrankung für Kardiologen und fachärztlich tätige Internisten. Die Empfehlungen beruhen auf den Leitlinien zur koronaren Herzerkrankung der European Society of Cardiology (ESC), der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und den Nationalen Versorgungsleitlinien KHK (NVL-KHK). (Bassand et al. 2007; Donner-Banzhoff et al. 2008; Fox et al. 2006; Silber et al. 2008; Van et al. 2008)

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
A	Starke Empfehlung	soll
B	Empfehlung	sollte
0	Offen	kann

Tabelle 1 Einstufung von Leitlinien-Empfehlungen in Empfehlungsgrade (Grades of Recommendation)

Die im Manuskript verwendeten Empfehlungsgrade orientieren sich an der Einteilung nach GRADE Atkins et al. 2004; Guyatt et al. 2008).

Die Vergabe der Empfehlungsgrade berücksichtigt dabei neben der zugrunde liegenden Evidenz, z. B. ethische Verpflichtungen, klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe und die Umsetzbarkeit im ärztlichen Alltag.

2. Definition und Therapieziele

2.1. Definition

Die koronare Herzkrankheit (KHK) ist die Manifestation der Atherosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffangebot im Herzmuskel. Eine KHK ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina-pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert.

2.2. Therapieziele

- Steigerung der krankheitsbezogenen Lebensqualität, unter anderem durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden
- Erhaltung der Belastungsfähigkeit
- Verminderung von KHK assoziierten psychischen Erkrankungen (Depression, Angststörungen)
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz
- Reduktion der Sterblichkeit.

3. Schweregrade und Klassifizierungen

3.1. Stabile Angina pectoris

Definition: Durch körperliche oder psychische Belastung reproduzierbarer Thoraxschmerz, verschwindet in Ruhe oder nach Gabe von Nitroglyzerin.

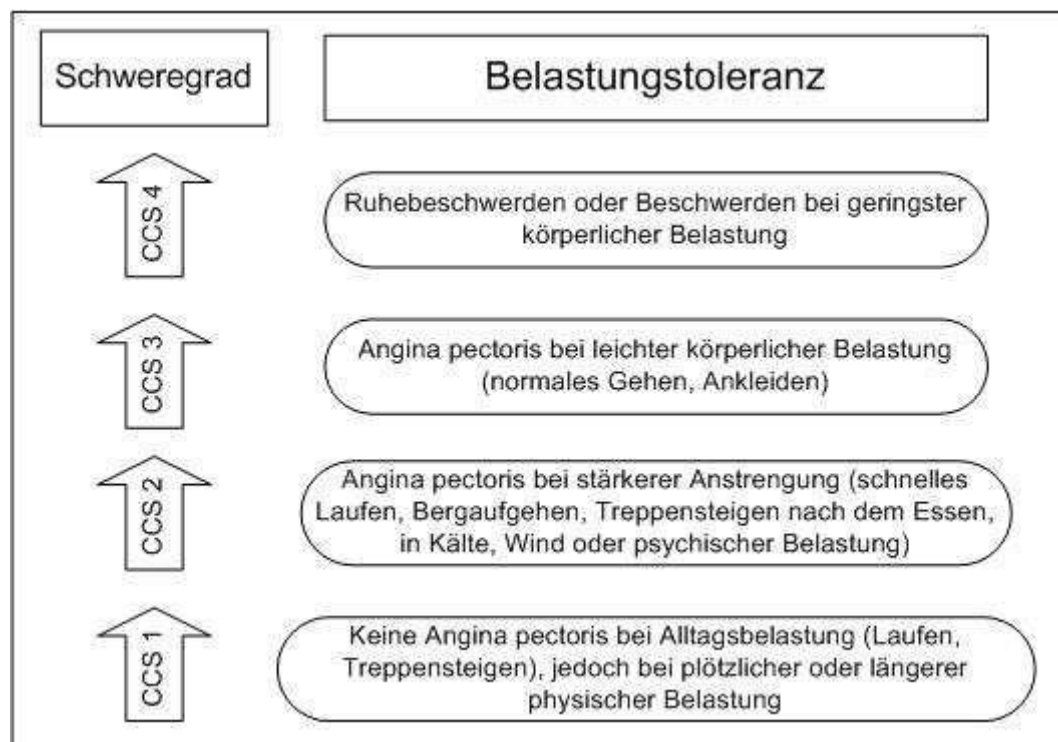


Abbildung 1: Einteilung der Schweregrade der stabilen Angina pectoris nach der Canadian Cardiovascular Society (CCS Klassifikation)

3.2. Akutes Koronarsyndrom

Definition: Unter dem Begriff Akutes Koronarsyndrom werden die Phasen der koronaren Herzerkrankung zusammengefasst, die unmittelbar lebensbedrohlich sind. In der klinischen Praxis sind dies die instabile Angina pectoris, der akute Myokardinfarkt und der plötzliche Herztod. Es hat sich in den letzten Jahren durchgesetzt, Patienten anhand des EKG in die Gruppen mit (STEMI) und ohne ST-Streckenhebung (NSTEMI / instabile Angina) zu unterscheiden.

In der Symptomatik besteht zwischen instabiler Angina pectoris / NSTEMI und STEMI ein fließender Übergang. Leitsymptom ist der retrosternal betonte Brustschmerz, häufig mit Ausstrahlung in Nacken, Hals, Kiefer, Arme oder Oberbauch, oft verbunden mit Luftnot, Schweißausbruch, Übelkeit oder anderen vegetativen Zeichen sowie dem Gefühl der Lebensbedrohung. Bei älteren Patienten, bei Frauen und bei Diabetikern kann die Symptomatik auch stark atypisch bzw. maskiert sein. Charakteristisch für den ST-Streckenhebungsinfarkt ist eine länger anhaltende (> 20 min) und nitrorefraktäre Schmerzsymptomatik. Häufig sind dem eigentlichen Infarkt in den letzten Stunden oder Tagen kurze Schmerzattacken unter geringer Belastung oder sogar im Ruhezustand vorausgegangen.

4. Prävention

4.1. Grundsätze der Prävention

Durch konsequente Umsetzung präventiver Maßnahmen wird die Prognose und die Leistungsfähigkeit der KHK-Patienten nachweislich und deutlich verbessert.

Nichtmedikamentöse Therapiestrategien (Lebensstiländerungen) sind als Grundlage des Risikofaktoren-Managements unverzichtbar.

Kontinuierliche Aufklärung, Beratung und Schulung sind wesentliche Elemente des Risikofaktorenmanagements.

4.2. Fettstoffwechselstörungen

Die LDL-Cholesterinsenkung ist bei KHK-Patienten mit einer Verlangsamung der Atherosklerose und Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen und Letalität verbunden. Bei Patienten mit manifester KHK soll der LDL-Zielwert bei 70-100 mg/dl liegen.

Ein manifester Diabetes mellitus ist ein KHK-Äquivalent. Der LDL Zielwert soll daher unter 100 mg/dl liegen. Anpassung der Ernährung, Gewichtsreduktion und regelmäßiges körperliches Training sollen die Basis jeder fettmodifizierenden Therapie darstellen, sie sind aber in der Regel alleine nicht ausreichend.

Im Rahmen einer medikamentösen Lipid-Senkung stellen aufgrund der überlegenen Datenlage Statine die Medikamente der ersten Wahl dar. Alle Patienten mit koronarer Herzkrankheit sollen ein Statin erhalten, da bei ihnen Statine auch unabhängig vom Ausgangswert des LDL-Cholesterins zu einer signifikanten Verbesserung der Prognose führen. Diese Therapie soll dauerhaft erfolgen, da prognoseverbessernden Effekte in der Regel erst mittel- langfristige zu erwarten sind.

4.3. Arterielle Hypertonie

Bei Patienten mit KHK und Blutdruckwerten $> 140/90$ mmHg (Behandlungsziel) ist eine medikamentöse Behandlung indiziert.

Hierbei sollten prioritär Antihypertensiva zum Einsatz kommen, deren Wirksamkeit zur Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse belegt ist (ACE-Hemmer oder Angiotensin1-Blocker, Betarezeptorenblocker, langwirksame Kalziumantagonisten, , Diuretika,).

4.4. Diabetes mellitus

Patienten mit KHK und Diabetes gehören zu einer Hochrisikogruppe, die ein besonders strenges Risikofaktoren-Management erfordern. Die Therapieziele aus kardiologischer sind:

- Senkung der Blutfette. Der Zielwert des LDL liegt < 100 mg/dl
- Blutdruckabsenkung auf $< 130/80$ mmHg
- Gewichtsreduktion und Zunahme des Bewegungsumfang durch aerobes Ausdauertraining.

4.5. Lebensstil

4.5.1. Ernährung

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

Es wird eine kaloriengerechte, fettarme, ballaststoffreiche Ernährung empfohlen, die reich an Früchten, Gemüse und Kohlenhydraten ist und wenig gesättigte Fette enthält.

Moderater Alkoholgenuss ist – sofern keine Kontraindikationen existieren – in Grenzen möglich: Männer < 30 g/Tag, Frauen < 20 g/Tag (1 g Alkohol = 7,1 kcal; Alkoholgehalt gebräuchlicher Getränke in g/100 ml: Bier 2-5; Wein 6-11; Sekt 7-10; Branntwein 32-50). Alkoholgenuss soll mit dem Arzt besprochen werden, der Patient soll auf den hohen Kaloriengehalt alkoholischer Getränke hingewiesen werden.

4.5.2. Rauchen

Die vollständige Beendigung des Rauchens (Abstinenz) ist die wichtigste therapeutische Einzelmaßnahme bei Patienten mit Gefäßerkrankungen.

Der behandelnde Arzt soll den Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens für die KHK aufklären, spezifisch beraten und dringlich empfehlen, das Rauchen aufzugeben.

Es ist festzustellen, ob der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen. Für änderungsbereite Raucher sollen – je nach Bedarf – nichtmedikamentöse und medikamentöse Hilfen zur Raucherentwöhnung zur Verfügung gestellt werden.

Für die Wirksamkeit einiger nichtmedikamentöser Verfahren zur Raucherentwöhnung wie z. B. für die ärztliche Beratung, für Selbsthilfeinterventionen, aber insbesondere auch für verhaltenstherapeutische Methoden gibt es gute Belege. Hierbei sollen vor allem die vorhandenen Angebote der Krankenkasse genutzt werden. Die Wirksamkeit einer alternativen Nikotinapplikation (z.B. mittels Pflaster) hinsichtlich der Verbesserung der Abstinenzrate ist anhand klinischer Studien nachgewiesen.

4.5.3. Training

Durch regelmäßiges körperliches Training kann die Morbidität von KHK-Patienten gesenkt und die Lebensqualität erhöht werden.

Als Anhalt wird ein regelmäßiges aerobes Ausdauertraining (3-7 x pro Woche, je 15-60 Minuten) bei 40-60 % der maximalen Leistungsfähigkeit und im ischämiefreien Bereich empfohlen.

4.5.4. Übergewicht

Patienten mit einem Body Mass Index von 27-35 kg/m² und einer KHK ist nahe zu legen, ihr Gewicht innerhalb der nächsten 6 Monate um 5-10 % zu reduzieren.

Patienten mit einem Body Mass Index > 35 kg/m² wird empfohlen, ihr Gewicht innerhalb der nächsten 6 Monate um mehr als 10 % zu reduzieren.

4.6. Psychosoziale Faktoren

Psychosoziale Risikofaktoren tragen zur Entstehung der KHK bei und beeinflussen deren Prognose negativ.

Beim Risikofaktoren-Management sollten die individuellen psychosozialen Risikofaktoren des KHK-Patienten berücksichtigt werden.

Dazu sind ggf. geeignete unterstützende, psychotherapeutische und/oder medikamentöse Maßnahmen einzuleiten.

5. Diagnostik bei Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung

Bei nach Anamnese und klinischer Untersuchung bestehendem Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung soll eine Abklärung durch eine Basisdiagnostik erfolgen:

- Blutdruckmessung
- Ruhe –EKG mit 12 Ableitungen
- Laborchemische Untersuchungen zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikos:
 - Lipidwerte (Differenzierung: Cholesterin gesamt, LDL, HDL, Triglyceride)
 - Nüchternblutzucker, bei path. Ergebnis weitere Abklärung
- Prognoseabschätzung (z.B. nach PROCAM-Score, ARIBA-Score)

Vortestwahrscheinlichkeit der chronischen koronaren Herzerkrankung

Die wesentlichen Ziele der Basisdiagnostik sind:

- die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK bei Patienten mit typischen und atypischen Angina-pectoris-Beschwerden als Grundlage für die Indikation zu einer weiterführenden Diagnostik,
- die Ermittlung des kardiovaskulären Risikoprofils zur Planung der Therapie.

Die Anamnese ist von entscheidendem Einfluss auf die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer relevanten KHK (s. Tabelle 1). Hierbei spielt die genaue Feststellung der Art der Beschwerden, die Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit und die Erfassung der Risikofaktoren eine herausragende Rolle.

Alter [Jahre]	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
---------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

	Nicht Brustschmerzen	anginöse	Atypische Angina		Typische Angina	
35	3-35	1-19	8-59	2-39	30-88	10-78
45	9-47	2-22	21-70	5-43	51-92	20-79
55	23-59	4-25	45-79	10-47	80-95	38-82
65	49-69	9-29	71-86	20-51	93-97	56-84

Tabelle 1: Vortest-Wahrscheinlichkeit' für das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung aufgrund der Parameter Alter'', Geschlecht und Symptome in Abhängigkeit des Vorliegens weiterer Risikofaktoren.

Die erste Zahl steht für das Risiko für Patienten ohne kardiovaskuläre Risikofaktoren, die zweite Zahl für Hochrisikopatienten mit Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie und Nikotinabusus.

Alle Aussagen gelten für Patienten mit unauffälligem Ruhe-EKG. Bei ST-Streckenveränderungen oder Q-Zacken steigt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer KHK weiter.

Diagnostikalgorithmus bei V.a. KHK

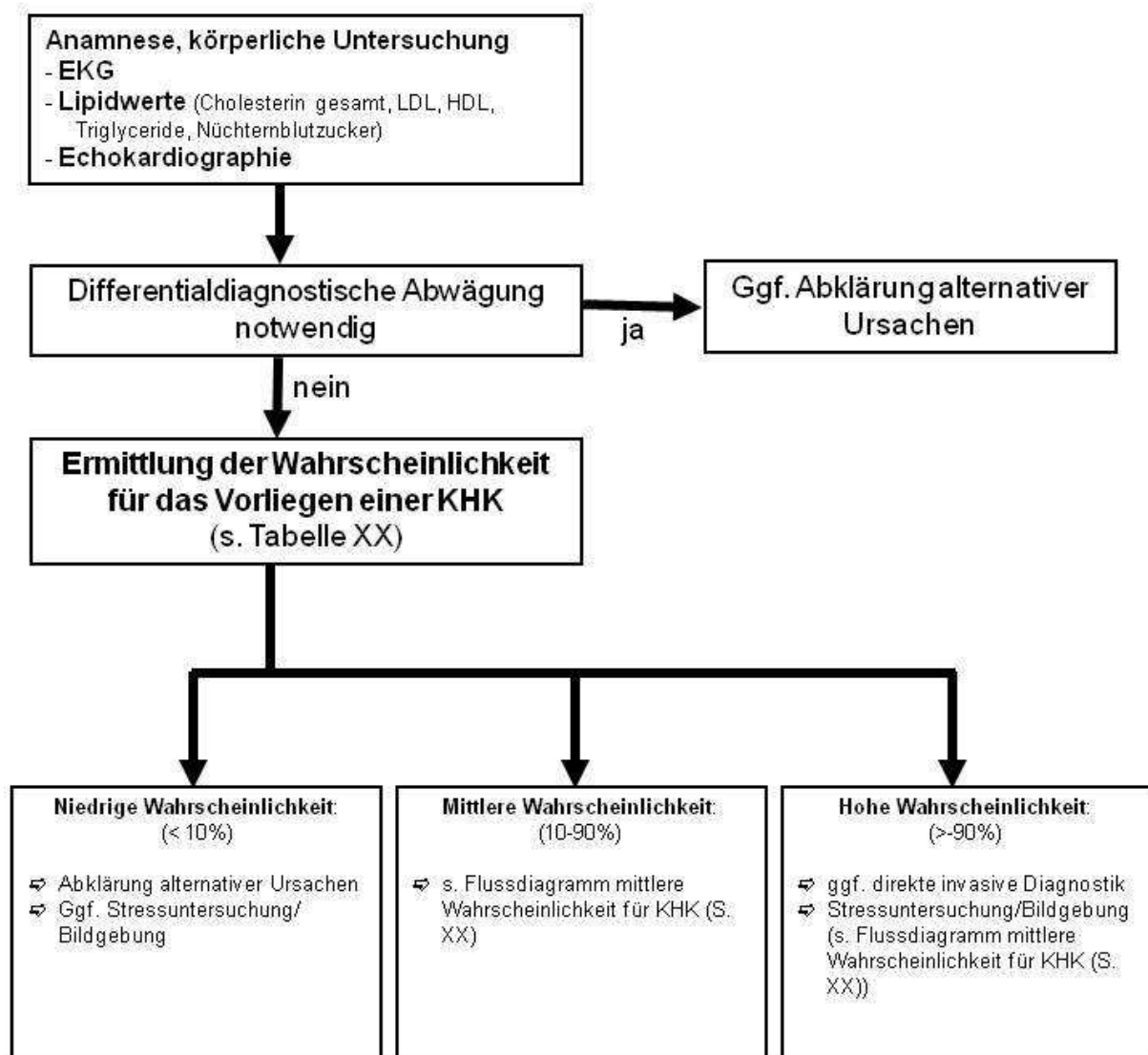


Abbildung 2: Algorithmus - V. a. KHK

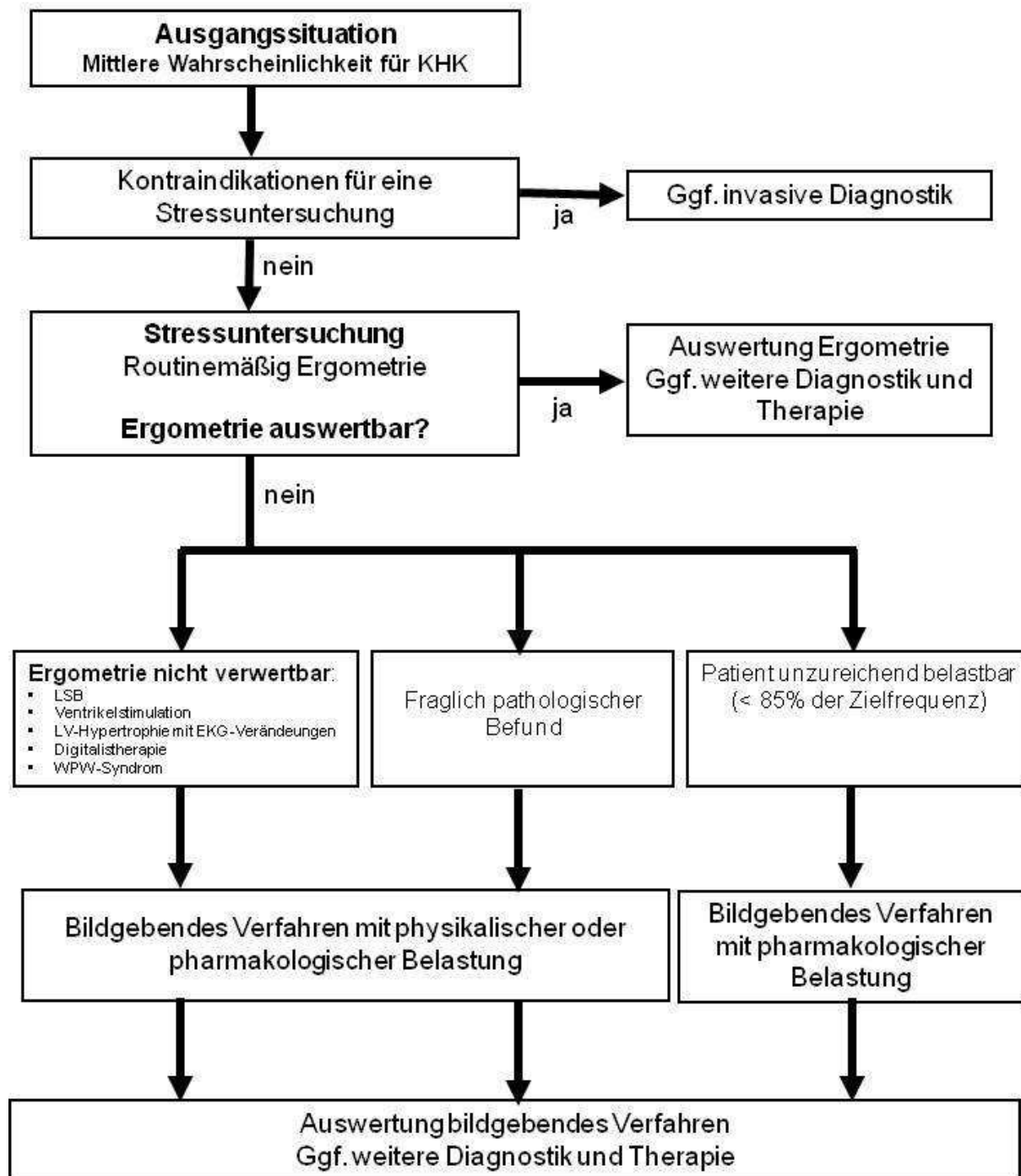


Abbildung 2: Algorithmus - V. a. Chronische KHK, Teil 2: Kardiologische Versorgungsebene
Diagnostikalgorithmus bei bekannter KHK

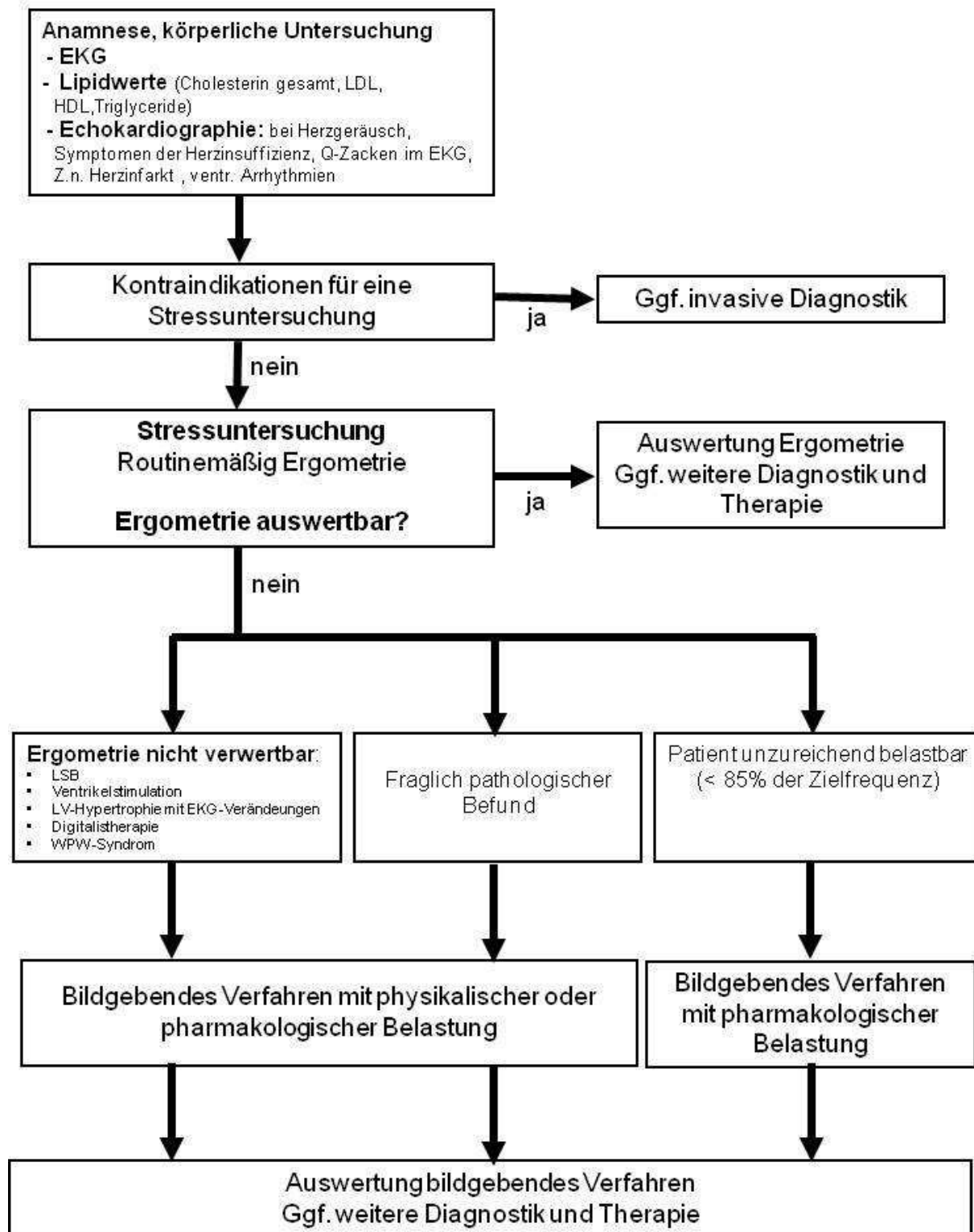


Abbildung 3. Algorithmus bei bekannter KHK - Kardiologische Versorgungsebene

5.2. Untersuchungsmethoden bei vermuteter und bekannter KHK

5.2.1. Ergometrie

Die Ergometrie stellt die Standard-Stressuntersuchung bei Patienten mit V.a. und mit manifester KHK dar. Die Ergometrie muss nach standardisierten Bedingungen (s. Qualitätsanforderungen Kardiologie) durchgeführt werden.

Ein Belastungs-EKG soll bei Patienten mit mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit auf eine KHK aufgrund von Alter, Geschlecht und klinischer Symptomatik durchgeführt werden.

Bei Patienten mit WPW-Syndrom, Schrittmacher-Stimulation (VVI /DDD), ST Strecken-Senkungen in Ruhe >1mm oder Linksschenkelblock sind die EKG-Veränderungen nicht diagnostisch.

Bei Patienten mit Zeichen der linksventrikulären Hypertrophie oder Digitalismedikation und ST-Strecken-Senkungen in Ruhe <1mm können die EKG-Veränderungen nur eingeschränkt beurteilt werden

Bei Patienten mit mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit oder bei Patienten mit manifester KHK, die nicht soweit belastungsfähig sind, dass sich im Belastungs-EKG ein relevanter Befund ergeben würde, soll ein bildgebendes Verfahren mit pharmakologischer Belastung durchgeführt werden.

5.2.2. Echokardiographie

Eine echokardiographische Untersuchung in Ruhe sollen alle Patienten erhalten mit (A)

- Vitien-verdächtigen Herzgeräuschen;
- Hinweisen für eine Herzinsuffizienz;
- Zustand nach Myokardinfarkt oder Q-Zacken im EKG;
- ventrikulären Arrhythmien

Die Echokardiographie muss nach standardisierten Kriterien durchgeführt werden (s. Qualitätsanforderungen Kardiologie)

5.2.3. Bildgebende Verfahren

Bei der Wahl der bildgebenden Verfahren soll die jeweilige Verfügbarkeit und Erfahrung der Einrichtung mit in Betracht gezogen werden. Die Wahl der bildgebenden Verfahren soll zur Erreichung der bestmöglichen Bildqualität an den jeweiligen Patienten angepasst werden (A).

Bei Patienten mit bekannter KHK, die trotz Therapie nach symptomfreiem Intervall erneut symptomatisch werden und bei denen die Ischämie-lokalisierung, die funktionelle Relevanz einer Stenose und/oder Vitalität von Bedeutung sind, sollte eine bildgebende Untersuchung unter körperlicher oder pharmakologischer Belastung als Alternative zum Belastungs-EKG durchgeführt werden.

Die meisten Daten liegen für die Szintigraphie und die Stress-Echokardiographie vor. In den letzten Jahren kommt die MRT mit Dobutamin/adenosin und kontrastmittelverstärkt zum Einsatz und zeigt gute Ergebnisse im Vergleich mit den anderen Techniken und der kontraktiven Erholung.

Zur Evaluierung von Vitalität in dysfunktionalem Myokard können eine Szintigraphie, eine Stress-Echokardiographie, eine Stress-MRT, eine kontrastmittelverstärkte MRT oder eine PET durchgeführt werden.

Die Hauptindikation für die Vitalitätsdiagnostik sind Patienten mit stabiler chronischer KHK, myokardialer Dysfunktion und Luftnot als Hauptsymptom. Die Wahl des nichtinvasiven Verfahrens sollte anhand der Verfügbarkeit und Erfahrung des jeweiligen Zentrums erfolgen.

6. Invasive Diagnostik

6.1. Empfehlungen zur diagnostischen Koronarangiographie bei Patienten mit V.a. Angina, einschließlich der Patienten mit bekannter KHK und signifikanter Änderung der Angina-Symptome.

Gemeinsam mit dem Patienten ist die Entscheidung zur invasiven Diagnostik im Rahmen einer differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Nutzen- und Risikoabschätzung vorzunehmen. Dabei sind folgende, das individuelle Risiko des Patienten beeinflussenden Faktoren zu berücksichtigen:

- NYHA-Klasse;
- Hypertonie- Anamnese;
- Infarkt-Anamnese;
- ST-Senkung im Ruhe-EKG;
- Alter;
- Geschlecht;
- Herzinsuffizienz;
- sonstige Manifestationen der Arteriosklerose;
- kardiovaskuläre Risikofaktoren (siehe oben).

Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit unter leitliniengerechter medikamentöser Therapie anhaltender Angina pectoris (CCS Klasse III und IV) empfohlen werden (A).

Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit pathologischem Ergebnis der nichtinvasiven Untersuchungen (s. Kapitel 5), unabhängig von der Schwere der Angina pectoris, empfohlen werden (A).

Die diagnostische Koronarangiographie kommt in Betracht für Patienten mit klinischem Risikoprofil (siehe Risikostratifizierung) und hoher Wahrscheinlichkeit für eine KHK, bei denen nichtinvasive Verfahren keine konklusiven Ergebnisse ergeben haben oder diese nicht anwendbar sind (B).

Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten, die einen plötzlichen Herzstillstand oder eine lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmie überlebt haben, empfohlen werden (A).

Die diagnostische Koronarangiographie soll Patienten mit Symptomen einer chronischen Herzinsuffizienz bei unbekanntem Koronarstatus bzw. V.a. Progression der KHK empfohlen werden (A).

7. Medikamentöse Therapie

7.1. Therapie der Angina pectoris

7.1.1. Nitrate

Patienten mit stabiler Angina pectoris sollten über ein schnell wirkendes Nitrat zur Kupierung akuter Anfälle verfügen (A).

Nitrate haben keinen Einfluss auf die Prognose der KHK. Nitrate und Nitratanaloga sollen deshalb nur zur symptomatischen Behandlung der Angina Pectoris eingesetzt werden.

Die Interaktion mit Phosphodiesterase-5-Hemmern (Beispiel: Sildenafil, Viagra®) kann zu lebensbedrohlichem Blutdruckabfall führen (A).

Molsidomin hat eine den Nitraten vergleichbare antianginöse Wirkung.

7.1.2. Betablocker

Betablocker sind zur Verminderung von Angina pectoris-Symptomen und zur Verbesserung der Belastungstoleranz indiziert (A).

Alle Patienten nach Myokardinfarkt sollen einen Betablocker erhalten, da für sie die Senkung der Sterblichkeit belegt ist (A).

Patienten mit KHK und Herzinsuffizienz sollen mit einem Betablocker behandelt werden (Reduktion der Sterblichkeit gesichert z. B. für Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol) (A).

Bei Patienten mit Hypertonie reduzieren Betablocker Morbidität und Letalität. Obwohl speziell für Patienten mit stabiler Angina pectoris keine derartigen Daten vorliegen, werden diese Ergebnisse als Indikatoren für eine vorteilhafte Wirksamkeit auch bei diesen Patienten akzeptiert (B).

Betablocker werde als blutdrucksenkende Medikamente der 1. Wahl empfohlen, da eine günstige sekundärpräventive Beeinflussung des kardiovaskulären Risikos und der KHK Symptomatik zu erwarten ist (B).

7.1.3. Kalzium-Kanal-Blocker

Für kurzwirksame Kalziumkanalblocker wurde keine Senkung der KHK-Morbidität nachgewiesen.

Langwirksame Kalziumkanalblocker (z. B. Verapamil SR, Amlodipin) senken die Morbidität bei Patienten mit KHK und Hypertonus (B).

- Sie können als Medikamente der 2. Wahl zur Blutdrucksenkung und zur symptomatischen Behandlung der Angina pectoris eingesetzt werden.

- Bei einer symptomatischen Behandlung der Angina pectoris ist die Indikation im Rahmen einer Dauertherapie immer wieder zu überprüfen.

Dihydropyridin-Kalziumkanalblocker sind im Zeitraum bis zu 4 Wochen nach Infarkt und bei instabiler Angina pectoris kontraindiziert.

7.1.4. Ivabradin

Ivabradin kann in Kombination mit einem Nitrat, einem Betablocker oder einem Kalzium-Kanal-Antagonisten bei Versagen der Monotherapie eingesetzt werden.

Bei einer Unverträglichkeit für ein Nitrat, einen Betablocker oder einen Kalzium-Kanal-Antagonisten kann Ivabradin eingesetzt werden.

7.1.5. Weitere antianginös wirksame Medikamente

Ranolazin: Ranolazin kann bei Patienten mit stabiler Angina pectoris gegeben werden, wenn Mittel der ersten Wahl nicht ausreichend wirken.

7.2. Sekundär/Tertiärprohylaxe

7.2.1. Thrombozytenaggregationshemmer

Alle Patienten mit KHK sollten mit Thrombozytenfunktionshemmern behandelt werden. Acetylsalicylsäure soll hierfür aufgrund der zahlreichen Belege zur Wirksamkeit Mittel der 1. Wahl sein. (A)

Bei Unverträglichkeit oder Kontraindikationen kommt Clopidogrel zum Einsatz. (A)

Nach koronarer Stentimplantation ist der differenzierte Einsatz verschiedener Thrombozytenaggregationshemmer/Antithrombotika, abhängig von der Art des verwendeten Stents und der klinischen Situation notwendig. Eine allgemeingültige Empfehlung zum Einsatz dieser Substanzen nach Stentimplantation ist daher nicht möglich.

Die hier gegebenen Empfehlungen folgen den ständig aktualisierten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie/Herz und Kreislaufforschung und der European Society of Cardiology (REFERENZEN). Grundsätzlich soll vom Untersucher auf dem Herzkatheterprotokoll eine Empfehlung zur Thrombozytenaggregation/Antikoagulation gegeben werden.

Empfehlungen zur Thrombozytenaggregation/Antikoagulation nach koronarer Stentimplantation:

Art der Intervention	Empfehlung zur Antikoagulation	Referenz
Stabile KHK		
Unbeschichteter Stent (BMS)	ASS: lebenslang Clopidogrel: 4 Wochen	(Fox et al. 2006), (Silber et al. 2008)
Medikamentös beschichteter Stent (DES)	ASS: lebenslang Clopidogrel: 6-12 Monate	(Silber et al. 2008)
Akutes Coronarsyndrom		
DES und BMS	ASS: lebenslang Clopidogrel: 12 Monate	(Bassand et al. 2007), (Van et al. 2008)
Bei Vorhofflimmern		
	Für 4 Wochen nach Stentimplantation: Orale Antikoagulation (INR um 2), Clopidogrel, ASS. Anschließend für 9-12 Monate: Orale Antikoagulation (INR um 2), Clopidogrel	(Fuster et al. 2007)

Die labormäßige Testung eines vermuteten geringen Ansprechens auf ASS und/oder Clopidogrel kann – außerhalb von Studien – noch nicht als klare klinische Entscheidungshilfe empfohlen werden, hier müssten diese Tests noch weiter klinisch geprüft und standardisiert werden. Unabhängig hiervon können diese Tests ohnehin nicht bei der Entscheidungsfindung, ob ein DES oder ein BMS implantiert werden soll, helfen, da das Risiko einer akuten/subakuten Stentthrombose für beide Stenttypen gleichermaßen besteht. Bei Verdacht auf eine ungenügende Clopidogrelwirkung könnte Ticlopidin als eventuelle Alternative versucht werden. (Silber et al. 2008)

Alle bisherigen klinischen Daten zu Clopidogrel wurden für das zugelassene Clopidogrel-Hydrogensulfat (Iscover® oder Plavix®) erhoben. Im Mai 2008 wurde ein anderes Salz, ein Clopidogrel-Besilat, vom BfArM in Deutschland zugelassen. Clopidogrel ist eine inaktive Substanz, deren aktiver Anteil erst durch eine komplexe mehrstufige Metabolisierung gebildet wird. Nur der aktive Metabolit vermittelt die pharmakologische Wirkung, d. h. die Hemmung der Thrombozytenaggregation. Sicherheit und Wirksamkeit einer Clopidogreltherapie hängen damit entscheidend von der Pharmakokinetik und –dynamik des aktiven Metaboliten ab. Ob die für das Clopidogrel-Hydrogensulfat dokumentierte Verhinderung einer akuten Stentthrombose – und somit eines akuten Herzinfarkts – auch auf ein anderes Salz wie z.B. das Clopidogrel-Besilat übertragen werden kann, ist völlig unbekannt. Somit ist aufgrund fehlender klinischer Daten eine Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit des Clopidogrel-Besilats bei Patienten, insbesondere mit KHK bzw. nach Stentimplantation, nicht möglich. (Silber et al. 2008)

7.2.2. Cholesterinsenkende Medikamente

HMG CoA Reduktasehemmer (Statine) werden als Therapeutika der 1. Wahl eingesetzt, da für sie eine Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Sterblichkeit bei Patienten mit KHK belegt wurde (A).

- Der LDL-Zielwert liegt bei 70-100 mg/dl
- Auch das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko von Patienten mit hohem vaskulärem Risiko und LDL-Cholesterin < 100 mg/dl (< 2,6 mmol/L) kann durch Statine gesenkt werden.
- Alle Patienten mit koronarer Herzkrankheit profitieren von einer Behandlung mit Statinen - unabhängig von der Höhe der Blutfettwerte (A).

Für andere Lipidsenker (Fibrate, Anionenaustauscher, Nikotinsäurederivate) liegen zur Sekundärprävention der KHK keine so ausführlichen und konsistenten Daten wie für Statine vor, sie sind daher als Medikamente der 2. Wahl anzusehen.

Für Cholesterinaufnahmehemmer (Ezetimib) liegen bislang keine ausreichenden Daten zu Sicherheit und Einfluß auf die Morbidität der KHK vor. Ezetimib ist daher als Reservesubstanz zu betrachten wenn durch ein maximal tolerierte Statinmonotherapie keine ausreichende Senkung des LDL erreicht werden kann oder wenn eine Statinunverträglichkeit/-kontraindikation vorliegt.

Eine generelle Gabe von Omega-3 Fettsäuren nach Myokardinfarkt wird nicht empfohlen.

7.2.3. ACE-Hemmer, AT1-Rezeptorantagonisten

Alle Patienten mit Linksherzinsuffizienz sollen aufgrund der belegten Senkung der Morbidität und Sterblichkeit mit einem ACE-Hemmer behandelt werden (A).

Alle Patienten nach Myokardinfarkt mit Linksherzinsuffizienz sollen aufgrund der belegten Senkung der Morbidität und Sterblichkeit mit einem ACE-Hemmer behandelt werden (A).

Bei Patienten mit erhöhtem vaskulärem Risiko und Hypertonie reduzieren ACE-Hemmer die Morbidität und Sterblichkeit (A).

Sie reduzieren im Unterschied zu Betablockern jedoch nicht die Angina pectoris-Beschwerden. Sie werden daher bei Patienten mit KHK und normaler kardialer Pumpfunktion als Medikamente der 2. Wahl zur Blutdruck-Senkung empfohlen (A).

Bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern sollen Angiotensin1-Blocker eingesetzt werden (B).

7.2.4. Betablocker

S. Punkt 7.1.2.

7.2.5. Gripeschutzimpfung

Aktuelle Arbeiten zeigen eine Reduktion der Sterblichkeit von Patienten mit symptomatischer KHK durch die Gripeschutzimpfung. Daher wird die jährliche Durchführung dieser Maßnahme empfohlen (A).

7.2.6. Arzneimittel mit fehlendem Wirksamkeitsnachweis

Für folgende Maßnahmen fehlen hinreichende Daten der Wirksamkeit der symptomatischen Behandlung oder prognostischen Besserung der KHK:

- Chelattherapie;
- Homöopathie;
- Phytotherapie;
- peri- und postmenopausale Hormontherapie;
- Vitaminsupplementierung;
- Sauerstofftherapie.

Eine Therapie der KHK mit diesen Arzneimitteln wird daher **nicht** empfohlen.

7.2.7. Sekundär- und Tertiärprävention durch Lebensstiländerung

Die Lebensstiländerung ist essentieller Bestandteil der Therapie der manifesten KHK. Hier gelten die in Abschnitt 4 beschriebenen Grundsätze.

8. Revaskularisationstherapie

Die kontinuierliche Fortentwicklung der Revaskularisationstechniken zusammen mit der Einführung innovativer Technologien macht deutlich, dass vergleichende Studien das Risiko beinhalten, dass Behandlungsstrategien sich wesentlich (besonders zutreffend für interventionelle Techniken) ändern, noch bevor die randomisierten Studien abgeschlossen und publiziert sind.

Die vorliegenden Empfehlungen begründen sich aus prospektiv-randomisierten Vergleichsstudien und Risiko-adjustierten Analysen großer Behandlungskohorten, untersetzt von Meta-Analysen. Die Behandlungsempfehlungen beruhen auf kontrollierten Studien, Metaanalysen und Registerdaten.

Differenzierende Empfehlungen für Patienten mit Diabetes mellitus und/oder reduzierter Ventrikelfunktion können derzeit noch nicht gemacht werden.

Die folgenden Empfehlungen gelten für eine chronische KHK mit stabiler Angina pectoris/ Anginaäquivalent und planbarer Revaskularisation (unabhängig von der Ventrikelfunktion):

8.1. KHK mit signifikanter (>50%iger) Hauptstammstenose

Bei linkskoronarer signifikanter Hauptstammstenose soll die operative Revaskularisation (ACB) angestrebt werden. Sie ist in Bezug auf Überleben, MACE und Lebensqualität der PCI und der konservativen Therapie überlegen (A).

Inoperablen Patienten und Patienten, die nach sorgfältiger Aufklärung eine operative Revaskularisation ablehnen, kann alternativ die PCI empfohlen werden. Dies gilt für die Therapieziele Verbesserung der Prognose und Lebensqualität (A).

8.2. Koronare Mehrgefäßerkrankung mit hochgradigen proximalen Stenosen (>70 %)

Bei Patienten mit Mehrgefäßerkrankung sollen revaskularisierende Maßnahmen empfohlen werden, da dadurch die Lebensqualität erhöht werden kann und sie – nach Expertenmeinung und Registerdaten – auch zu einer Verbesserung der Prognose führen (A).

- Bei Mehrgefäßerkrankung soll eine komplette Revaskularisation angestrebt werden (A).
- Bei 3-Gefäßerkrankung ist die ACB-Operation das primäre Vorgehen und die PCI das sekundäre Vorgehen (A).

8.3. Weitere Empfehlungen zur Revaskularisation

Patienten mit proximaler RIVA-Stenose ($\geq 70\%$) sollten unabhängig von der Symptomatik einer revaskularisierenden Maßnahme zugeführt werden (B).

Alle anderen Patienten ohne RIVA-Stenose mit symptomatischer, medikamentös nicht adäquat beherrschbarer Eingefäßerkrankung sollen mit einer revaskularisierenden Maßnahme (in der Regel PCI) aus antianginöser Indikation behandelt werden (A).

Unabhängig vom Schweregrad der Angina pectoris (auch unter medikamentöser Therapie) bei Ein- oder Mehrgefäßerkrankung, wenn eine große Ischämie objektivierbar nachgewiesen wurde (A).

Patienten über 75 Jahre:

- Älteren Patienten (> 75 Jahre) mit ausgeprägter, persistierender, trotz medikamentöser Therapie bestehender Symptomatik soll die Revaskularisation empfohlen werden (A).
- PCI und ACB führen im Vergleich zur medikamentösen Therapie zu einer deutlichen symptomatischen Verbesserung der KHK, ohne eine erhöhte Sterblichkeit zu bedingen. Sie sollten auch bei alten Patienten mit ausgeprägter persistierender Symptomatik trotz medikamentöser Therapie empfohlen werden (A).

9. 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 wieder zu erlangen und langfristig aufrecht zu erhalten.

Die kardiologische Rehabilitation soll ein integraler Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten, umfassenden Versorgung von Herzpatienten sein (A). Sie kann unter stationären oder ambulanten Bedingungen durchgeführt werden.

Individuell angepasste Trainingsprogramme sollen die Grundlage der kardiologischen Rehabilitation bilden(A).

Indikationen:

Eine kardiologische Rehabilitation soll empfohlen werden (A):

- nach ST-Hebungsinfarkt (STEMI)
- nach koronarer Bypassoperation, auch in Kombination mit einer Klappenoperation

Eine kardiologische Rehabilitation soll empfohlen werden (B):

- nach Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NON-STEMI)
- in ausgewählten Fällen nach elektiver PCI empfohlen werden
 - o bei ausgeprägtem Risikoprofil,
 - o bei besonderem Schulungsbedarf,
 - o bei Compliance-Problemen.
- bei limitierender Symptomatik trotz Standardtherapie, ausgeprägtem und unzureichend eingestelltem Risikoprofil, ausgeprägter psychosozialer Problematik sowie bei drohender Berufs-/Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit. Zeitlich begrenzte Rehabilitationsmaßnahme in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen (Heilverfahren: ambulant oder stationär)

10. Versorgungskoordination

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

10.1. Hausärztliche Versorgung

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch den Hausarzt im Rahmen seiner in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben. Zur erweiterten Diagnostik und Therapie der chronisch stabilen KHK soll durch enge Kooperation zwischen Haus- und Facharzt eine direkte Überweisung in den stationären Sektor (z.B. zur Durchführung einer invasiven Diagnostik) vermieden werden.

10.2. Fachärztliche Versorgung

Die fachärztliche ambulante Versorgung durch einen Kardiologen oder einen fachärztlich tätigen Internisten mit entsprechender Qualifikation ist integraler Bestandteil der Therapie der chronischen KHK. Die fachärztliche Mitversorgung zur erweiterten Diagnostik und Therapie bei Patienten mit vermuteter oder manifester KHK soll erfolgen bei:

- zunehmenden oder erstmaligen Angina-Pectoris-Beschwerden,
- neu aufgetretener Herzinsuffizienz,

- neu aufgetretenen oder symptomatischen Herzrhythmusstörungen,
- medikamentösen Non-Responder,
- Patienten mit Komorbiditäten (z. B. Hypertonie, Diabetes, Depression),
- Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko
- Mitbehandlung von Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (z. B. Klappenvitien),
- Indikationsstellung zur invasiven Diagnostik und Therapie
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie,
- Schulung von Patienten.

Eine primär ambulante Abklärung soll gegenüber einer stationären Abklärung bevorzugt werden.

10.3. Stationäre Versorgung

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).

10.4. Rehabilitation

S. Kapitel 9

10.5. Kontrollintervalle fachärztlicher Untersuchungen bei chronischer KHK

Regelmäßige fachärztliche Kontrolle sind bei Patienten mit KHK erforderlich. Die Untersuchungsintervalle und die Art der durchzuführenden Untersuchungen richtet sich nach der klinischen Situation.

Eine unmittelbare fachärztliche Vorstellung nach

Klinische Situation	Kontrollintervalle
Z.n. Akutem Koronarsyndrom (ACS)	<ul style="list-style-type: none"> • Unmittelbar nach Entlassung aus der stationären Behandlung/Rehabilitation • 4 Wochen nach ACS • 3 Monate nach ACS • 6 Monate nach ACS • 12 Monate nach ACS • Danach wie bei chronisch stabiler KHK
Perkutane Koronarintervention (PCI)	<ul style="list-style-type: none"> • Unmittelbar nach der PCI • 4 Wochen nach PCI • 3 Monate nach PCI • 6 Monate nach PCI • 12 Monate nach PCI • Danach wie bei chronisch stabiler KHK

Operative Revaskularisation	<ul style="list-style-type: none">• Unmittelbar nach Entlassung aus der stationären Behandlung/Rehabilitation• 4 Wochen nach OP• 3 Monate nach OP• 6 Monate nach OP• 12 Monate nach OP• Danach wie bei chronisch stabiler KHK
Stabilisierung nach klinischer Verschlechterung	<ul style="list-style-type: none">• Individuelle Festlegung nach dem Ausmaß und dem Verlauf der klinischen Verschlechterung
Chronisch stabile KHK	<ul style="list-style-type: none">• Alle 12 Monate

Der Umfang der durchzuführenden Untersuchungen richtet sich nach den in Kap. 5 und 6 gegebenen Empfehlungen.

Literaturverzeichnis

Atkins, David; Best, Dana; Briss, Peter A.; Eccles, Martin; Falck-Ytter, Yngve; Flottorp, Signe et al. (2004): Grading quality of evidence and strength of recommendations. In: BMJ, Jg. 328, H. 7454, S. 1490.

Bassand, J. P.; Hamm, C. W.; Ardissino, D.; Boersma, E.; Budaj, A.; Fernandez-Aviles, F. et al. (2007): Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. In: European heart journal, Jg. 28, H. 13, S. 1598–1660. Online verfügbar unter doi:10.1093/eurheartj/ehm161.

Donner-Banzhoff, Norbert; Held, Klaus; Laufs, Ulrich; Trappe, Hans-Joachim; Werdan, Karl; Zerkowski, Hans-Reinhard (2008): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK. Online verfügbar unter [http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/Chronische KHK](http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/Chronische_KHK).

Fox, K.; Alonso, Garcia M. A.; Ardissino, D.; Buszman, P.; Camici, P. G.; Crea, F. et al. (2006): [Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary]. In: European heart journal, Jg. 27, S. 1341–1381.

Fuster, V.; Ryden, L. E.; Cannom, D. S.; Crijns, H. J.; Curtis, A. B.; Ellenbogen, K. A. et al. (2007): [ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation--executive summary]. In: Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology, Jg. 8, S. 651–745.

Guyatt, Gordon H.; Oxman, Andrew D.; Vist, Gunn E.; Kunz, Regina; Falck-Ytter, Yngve; Alonso-Coello, Pablo; Schunemann, Holger J. (2008): GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: BMJ, Jg. 336, H. 7650, S. 924–926.

Silber, S.; Borggrefe, M.; Bohm, M.; Hoffmeister, H. M.; Dietz, R.; Ertl, G.; Heusch, G. (2008): [Drug-eluting coronary stents and drug eluting balloon catheters: summary of the position papers of the DGK]. In: Clinical research in cardiology : official journal of the German Cardiac Society, Jg. 97, H. 8, S. 548–563. Online verfügbar unter doi:10.1007/s00392-008-0703-4.

Van, de Werf F.; Bax, J.; Betriu, A.; Blomstrom-Lundqvist, C.; Crea, F.; Falk, V. et al. (2008): Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. In: European heart journal, Jg. 29, H. 23, S. 2909–2945. Online verfügbar unter doi:10.1093/eurheartj/ehn416.

ABSCHNITT III

Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen im Rahmen der Qualitätssicherung Medizin §73c Kardiologie

Ralph Bosch*[§], Irmtraut Kruck*[§], Thomas Seyffert**^t, Norbert Smetak***[§]

* Kardiologische Praxis, Asperger Str. 48, 71634 Ludwigsburg

** Reutlingen

*** Kardiologische Praxis, Hahnweidstr. 21, 73230 Kirchheim

[§] Bund niedergelassener Kardiologen Baden-Württemberg e.V.

^t Bund niedergelassener Facharztinternisten Baden-Württemberg e.V.

1. Einleitung

Ziel des vorliegenden Manuskripts ist die Zusammenstellung praxisrelevanter Aspekte der Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen für Kardiologen und fachärztlich tätige Internisten. Die Empfehlungen beruhen auf den Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK).

2. Medikamentöse Therapie

Ausstehend

3. Elektrische Kardioversion

Die elektrische Kardioversion bei Vorhofflimmern/-flattern erfolgt gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (Lewalter et al. 08) und der European Society of Cardiology (ESC Guidelines 06). Die ambulante Kardioversion bei Patienten mit Vorhofflimmern/-flattern trägt in entscheidendem Maße zur Reduktion stationärer Aufenthalte bei Patienten von Herzrhythmusstörungen bei. Daher soll die ambulante Kardioversion im Rahmen des Vertrags angestrebt werden. Hierbei werden besondere Voraussetzungen an das durchführende Zentrum gestellt (Arzneimittelbrief04).

4. Schrittmacherimplantation

Die Implantation von Herzschrittmachern erfolgt gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (Rybak et al. 08) und der European Society of Cardiology (ESC Guidelines 07). Die ambulante Implantation von Herzschrittmachern bei Patienten mit bradykarden Rhythmusstörungen trägt in entscheidendem Maße zur Reduktion stationärer Aufenthalte bei Patienten von Herzrhythmusstörungen bei. Daher soll die ambulante Implantation von Herzschrittmachern im Rahmen des Vertrags angestrebt werden. An das implantierende Zentrum werden besondere Anforderungen bezüglich der fachlichen und infrastrukturellen Voraussetzungen gestellt (Hemmer et al. 09).

5. Versorgungskoordination

Die Betreuung des Patienten mit Herzrhythmusstörungen erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

5.1. Hausärztliche Versorgung

Die Langzeitbetreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt durch den Hausarzt im Rahmen seiner in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben. Zur erweiterten Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen soll durch enge Kooperation zwischen Haus- und Facharzt eine direkte Überweisung in den stationären Sektor (z.B. zur Durchführung von elektrischen Kardioversionen und Schrittmacherimplantationen) vermieden werden.

5.2. Fachärztliche Versorgung

Die fachärztliche ambulante Versorgung durch einen Kardiologen oder einen fachärztlich tätigen Internisten mit entsprechender Qualifikation ist integraler Bestandteil der Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen. Die fachärztliche Mitversorgung zur erweiterten Diagnostik und Therapie bei Patienten mit vermuteten oder manifesten Herzrhythmusstörungen soll erfolgen bei:

- zunehmenden oder erstmaligen Herzrhythmusstörungen,
- neu aufgetretener Herzinsuffizienz,
- medikamentösen Non-Responder,
- Patienten mit Komorbiditäten (z. B. Hypertonie, Diabetes, Depression),
- Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko
- Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (z. B. KHK, Kardiomyopathie, Klappenvitien),
- Indikationsstellung zur pharmakologischen und elektrischen Kardioversion
- Indikationsstellung zur Implantation eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
- Indikationsstellung zur interventionell elektrophysiologischen Diagnostik und Therapie
- Durchführung von ambulanten elektrischen Kardioversionen
- Durchführung von ambulanten Herzschrittmacherimplantationen
- Schulung von Patienten.

Eine primär ambulante Abklärung und Therapie soll gegenüber einer stationären Abklärung bevorzugt werden. Dies betrifft insbesondere auch die Durchführung von ambulanten elektrischen Kardioversionen und die ambulante Implantation von Herzschrittmachern.

5.3. Stationäre Versorgung

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

- Neu aufgetretene anhaltende ventrikuläre Tachyarrhythmien
- Hämodynamisch instabile Herzrhythmusstörungen

5.4. Kontrollintervalle fachärztlicher Untersuchungen bei Herzrhythmusstörungen

Regelmäßige fachärztliche Kontrolle sind bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen erforderlich. Die Untersuchungsintervalle und die Art der durchzuführenden Untersuchungen richtet sich nach der klinischen Situation. Bei Patienten mit Herzinsuffizienz und/oder KHK sind die entsprechenden Kontrollintervalle einzuhalten.

Klinische Situation	Kontrollintervalle
Z.n. Implantation eines Herzschrittmachers	<ul style="list-style-type: none"> • Folgetag nach Implantation • 4 Wochen Implantation • 3 Monate nach Implantation • Danach in 6-monatigen Abständen
Z.n. Implantation eines implantierbaren Kardioverter-Defibrillators (ICD)	<ul style="list-style-type: none"> • Unmittelbar nach Entlassung aus der Klinik • 4 Wochen nach Implantation • 3 Monate nach Implantation • Danach in 3-monatigen Abständen
Z.n. elektrischer Kardioversion bei Vorhofflimmern/-flattern	<ul style="list-style-type: none"> • Folgetag nach Kardioversion • 4 Wochen nach Kardioversion • 3 Monate nach Kardioversion • 6 Monate nach Kardioversion • Danach in 6-12-monatigen Abständen
Einstellung auf Klasse I- oder Klasse III-Antiarrhythmika	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrfache Kontrollen nach Gabe von Antiarrhythmika (Klinische, EKG und/oder LZ-EKG-Kontrollen), abhängig vom klinischen Verlauf und Messwerten im EKG/LZ-EKG.
Stabilisierung nach klinischer Verschlechterung	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Festlegung nach dem Ausmaß und dem Verlauf der klinischen Verschlechterung
Chronisch stabile Herzrhythmusstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Alle 6-12 Monate

ABSCHNITT IV

Empfehlungen zur Diagnostik / Kontrolle / Therapie von Herzvitien im Rahmen der Qualitätssicherung Medizin §73c Kardiologie

Ralph Bosch*¹, Irmtraut Kruck*¹, Thomas Seyffert**² Norbert Smetak***¹,

* Kardiologische Praxis, Asperger Str. 48, 71634 Ludwigsburg

** Kaiserstr. 57, 72764 Reutlingen

*** Kardiologische Praxis, Hahnweidstr. 21. 73230 Kirchheim

¹ Bund niedergelassener Kardiologen Baden-Württemberg e.V.

² Bund niedergelassener Facharztinternisten Baden-Württemberg e.V.

1. Einleitung

Ziel des vorliegenden Manuskripts ist die Zusammenstellung praxisrelevanter Aspekte für die Diagnostik / Kontrolle / Therapie der häufigsten Herzvitien für Kardiologen und fachärztlich tätige Internisten. Die Empfehlungen beruhen auf den Leitlinien zu Herzklappenerkrankungen der European Society of Cardiology (ESC), der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und des American College of Cardiology und der American Heart Association (ACC/AHA).

2. Einführung

Die Beurteilung des Vorliegens und der Feststellung des Schweregrades eines Herzvitiums erfordert zunächst eine klinische Beurteilung, aber auch eine qualifizierte Echokardiographie einschließlich Dopplerechokardiographie. Im Folgenden wird nur das Vorgehen bei den häufigsten Vitien besprochen: Aortenstenose, Aorteninsuffizienz, Mitralklappenprolaps, Mitralklappenprolaps, Mitralklappenprolaps und für Patienten nach Herzklappenersatz/Rekonstruktion.

Bei Auftreten von Symptomen erfolgt überwiegend eine Einteilung wie bei Herzinsuffizienz nach der NYHA-Klassifikation. Eine entsprechende Therapie und Kontrollen erfolgen dann analog den Empfehlungen zur Herzinsuffizienz. Bei Auftreten von Rhythmusstörungen erfolgen Therapie und Kontrollen analog den Empfehlungen zu Herzrhythmusstörungen. Bezüglich der Schweregradeinteilung bestehen gewisse Diskrepanzen zwischen den europäischen und amerikanischen Leitlinien. Die Indikation zur invasiven Diagnostik, zur Operation/Intervention und zu Kontrolluntersuchungen bei Herzvitien, Zustand nach Herzklappenersatz oder Interventionen erfolgt nach den Leitlinien der kardiologischen Fachgesellschaften DGK/ESC/AHA/ACC (1-4)

3. Basisdiagnostik bei Herzvitien

Auskultation

- Blutdruckmessung
- 12-Kanal-EKG (durch HA, wird dem FA zur Verfügung gestellt)

- Labor: (durch HA, wird dem FA zur Verfügung gestellt)
 - o Elektrolyte
 - o Kreatinin
 - o ggf. TSH
 - o ggf. BNP

Weitere Untersuchungen durch Hausarzt oder Facharzt:

Ergometrie

Eine Ergometrie kann zur Abklärung folgender Fragestellungen dienen:

- Dokumentation und Objektivierung der Belastbarkeit
- Auftreten von Symptomen unter Belastung (insbesondere Dyspnoe)
- Blutdruck- und Pulsverhalten unter Belastung und in der Nachbelastungsphase
- Hinweis auf eine begleitende Myokardischämie
- Hinweis auf Herzrhythmusstörungen

Bei höher oder hochgradigen Aortenstenosen sollte eine Ergometrie nur bei asymptomatischen Patienten durchgeführt werden. Sie darf nur in Anwesenheit bzw. durch einen erfahrenen Arzt unter engmaschiger Blutdruck und EKG-Kontrolle.

Echokardiographie (durch Kardiologen bzw. Facharzt)

Bei allen Patienten soll eine ein- und zweidimensionale transthorakale Echo-/Dopplerechokardiographie und ggf. Gewebedoppler durchgeführt werden. Die Echokardiographie ermöglicht den Nachweis eines Herzvitiums und die Beurteilung des Schweregrades des Vitiums sowie der Erfassung einer bereits bestehenden diastolischen oder systolischen Dysfunktion. Die differenzierte Untersuchung ermöglicht auch eine genauere Risikostratifizierung, an Hand derer dann die individuelle Therapieempfehlung bzw. Verlaufskontrolle erfolgen soll.

Für die echokardiographische Untersuchung gelten die Vorgaben bzw. Empfehlungen der KBV/KV-BW (5-7) bzw. für die speziellen Krankheitsbilder die Empfehlungen aus dem Manual zur Indikation und Durchführung der Echokardiographie und der Fachgesellschaften (8-9).

4. Therapie

Die Indikation zur konservativen / medikamentösen oder einer operativen/ interventionellen Therapie erfolgt entsprechend den Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften (1-3).

5. Maximale kardiale Kontrollintervalle bei asymptomatischen Patienten

durch Facharzt-Internisten / Kardiologen

5.1 Asymptomatische Aortenstenose

gering: alle 2 Jahre

mäßig: jährlich

höhergradig: alle 6 Monate

Asymptomatische Aorteninsuffizienz

gering: alle 2 Jahre

bei begleitender Aortenektasie / Marfan Syndrom / bicuspide Aortenklappe: jährlich

mäßig: jährlich, bei zunehmender LV-Größe alle 6 Monate

höhergradig bis schwer: alle 6 Monate; in Abhängigkeit der LV-Größe ggf. 1-3 Monate

5.2 Asymptomatische Mitralstenose

gering: jährlich

mäßig: jährlich

schwer: alle 6 Monate

5.3 Asymptomatische Mitralklappeninsuffizienz

gering: ohne LV-Dysfunktion alle 2 Jahre

mäßig: jährlich

schwer: alle 6 Monate, bei Verschlechterung der Messwerte auch engmaschiger

5.4 Asymptomatischer Mitralklappenprolaps

ohne wesentliche Mitralinsuffizienz: alle 3 Jahre

mit mäßiger Mitralinsuffizienz: jährlich

mit höhergradiger Mitralinsuffizienz: alle 6 Monate, bei Verschlechterung der Messwerte auch engmaschiger

5.5 Z. nach Herzklappenersatz/Rekonstruktion

Nach 6 Wochen, 12 Wochen, 3 Monaten, 6 Monaten, 12 Monaten;

danach jährlich bei asymptomatischen Patienten

Bei Beschwerden oder echokardiographisch nachgewiesener hämodynamisch bedeutsamer Klappendysfunktion sind ggf. engmaschigere Intervalle erforderlich und werden entsprechend im Befundbericht begründet.

6. Kontrollen bei symptomatischen Vitien

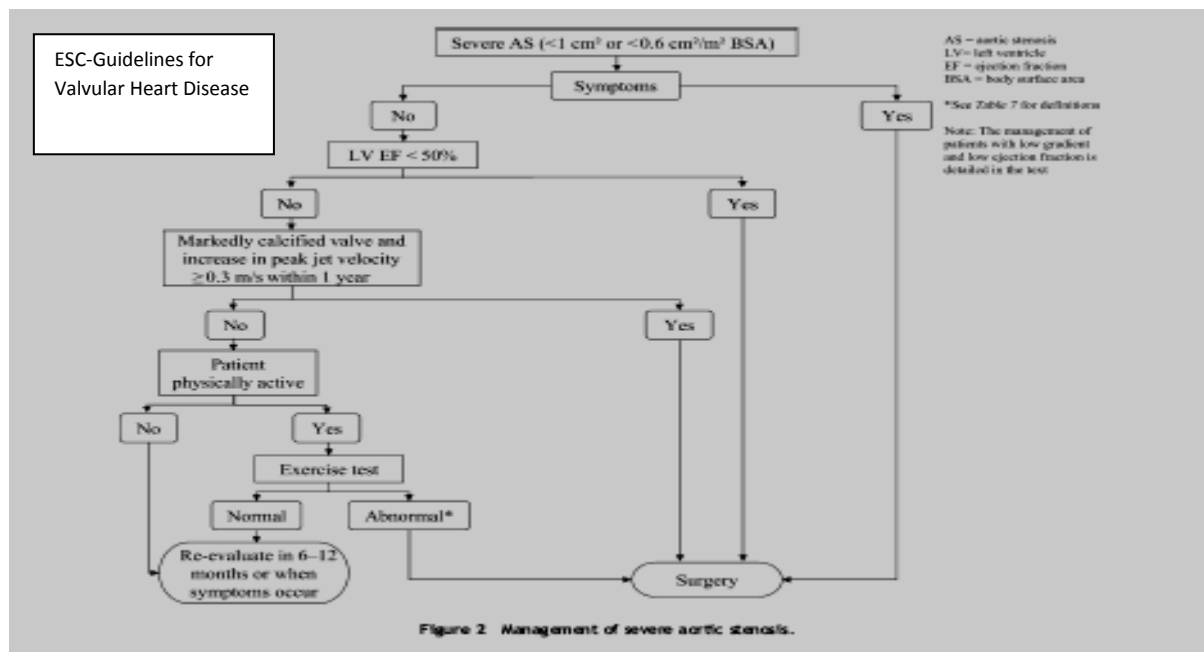
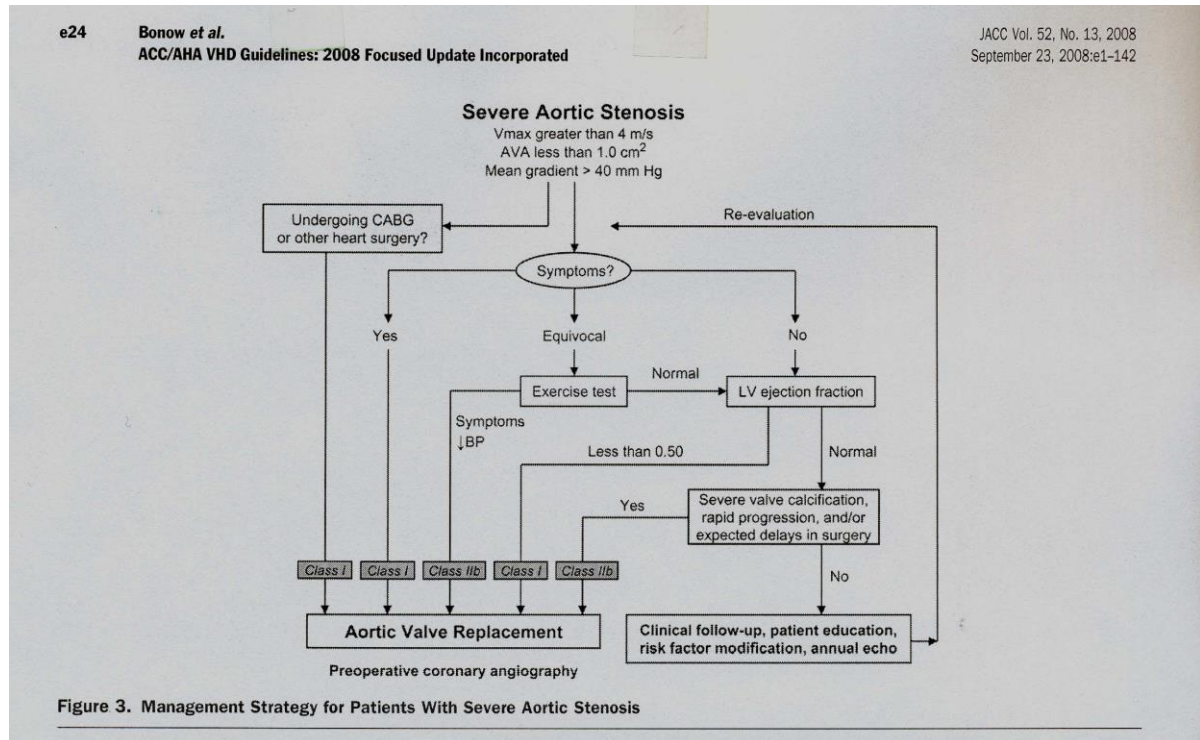
Für alle Vitien gilt:

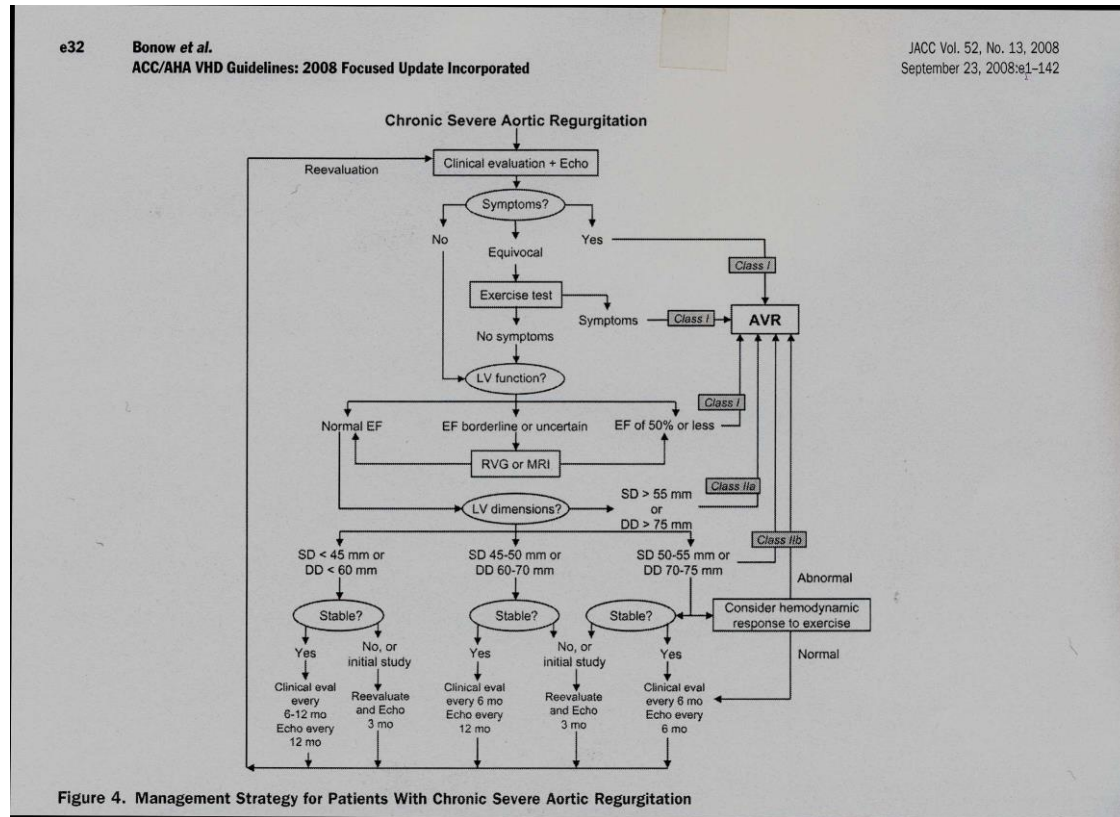
bei Auftreten von Beschwerden, Rhythmusstörungen oder EKG-Veränderungen ist umgehend eine Kontrolluntersuchung bzw. sind auch ggf. weitere engmaschigere Kontrollen erforderlich. Die Patienten benötigen daher eine entsprechende Instruktion, wann sie sich umgehend beim Arzt vorstellen sollen.

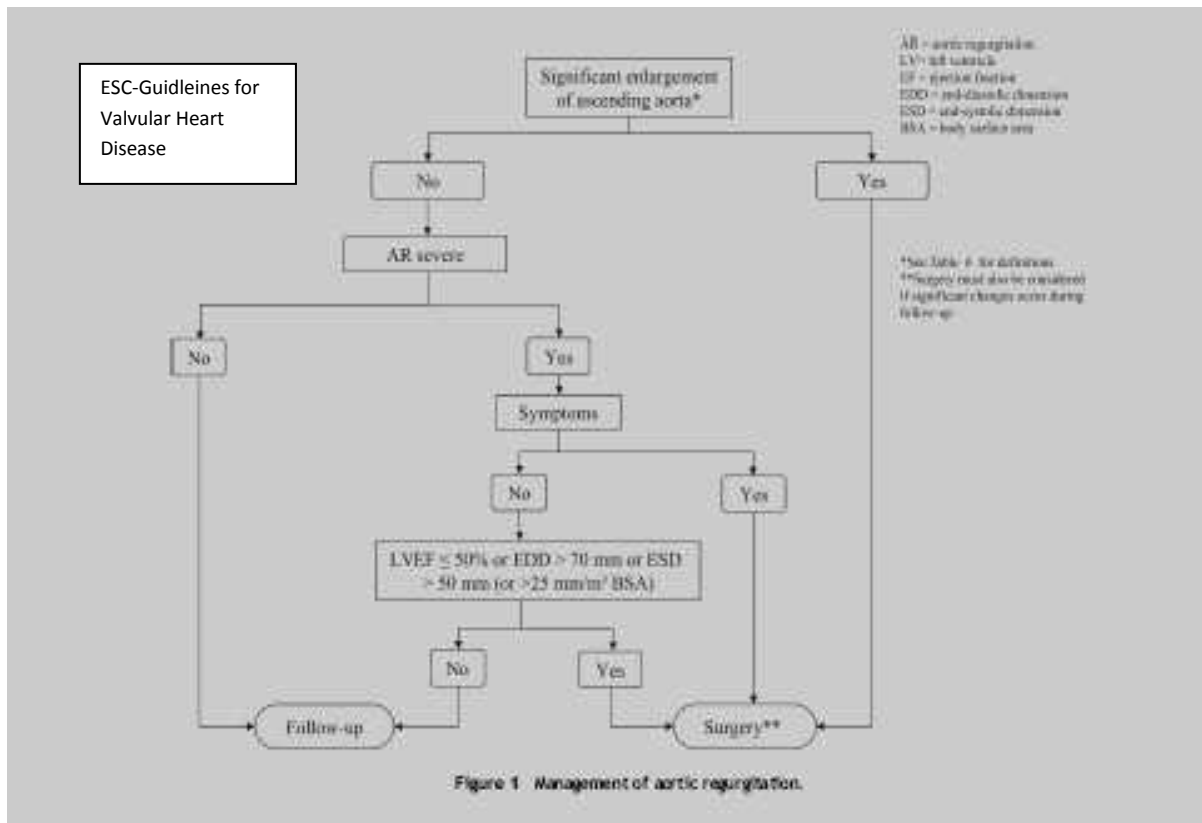
Die nachfolgenden Flow-Charts für die häufigsten Vitien sind aus den amerikanischen (AHA/ACC) und den europäischen (ESC) Leitlinien entnommen und betreffen nur höhergradige Stenose- bzw. Insuffizienzgrade.

7. Risikostratifizierung bei symptomatischen Vitien zur Abschätzung des operativen Risikos

In der letzten Tabelle 4 aus den ESC-Leitlinien von 2007 wird der Euroscore zur Abschätzung des Operationsrisikos in Abhängigkeit von klinischen Charakteristika dargestellt.







JACC Vol. 52, No. 13, 2008
 September 23, 2008:e1-142

Bonow et al. e45
 ACC/AHA VHD Guidelines: 2008 Focused Update Incorporated

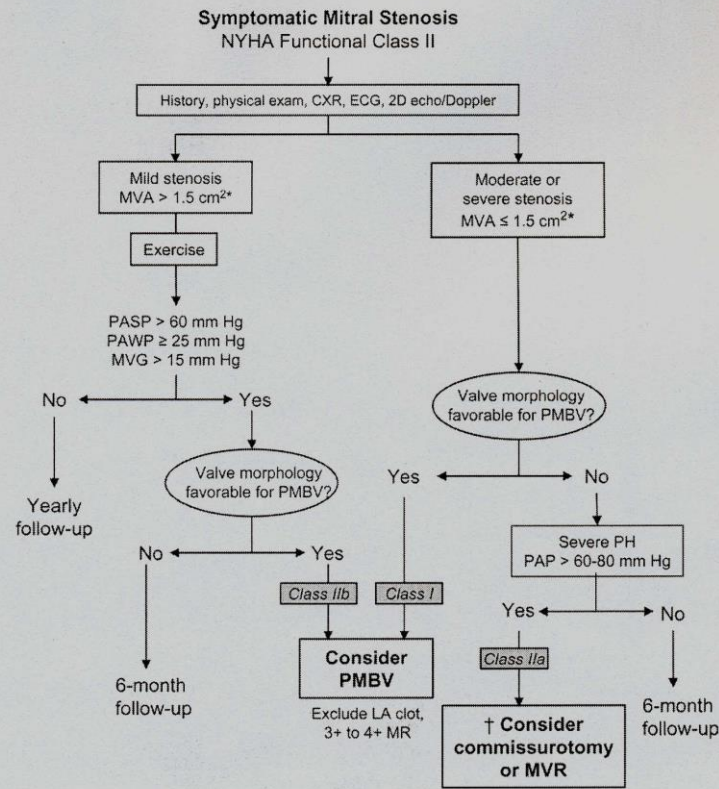


Figure 6. Management Strategy for Patients With Mitral Stenosis and Mild Symptoms

ESC-Guidelines for
 Valvular Heart Disease

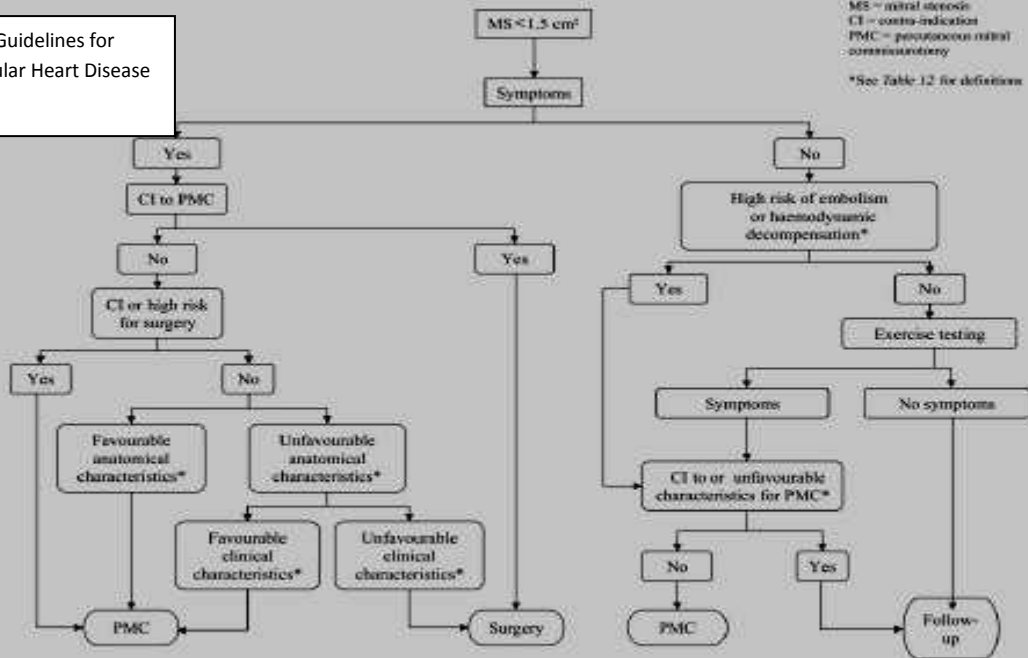


Figure 4 Management of severe mitral stenosis. Patients at high risk of embolism or haemodynamic decompensation are defined by previous history of embolism, dense spontaneous contrast in the left atrium, recent or paroxysmal atrial fibrillation, systolic pulmonary pressure >50 mmHg at rest, need for major non-cardiac surgery, desire of pregnancy.

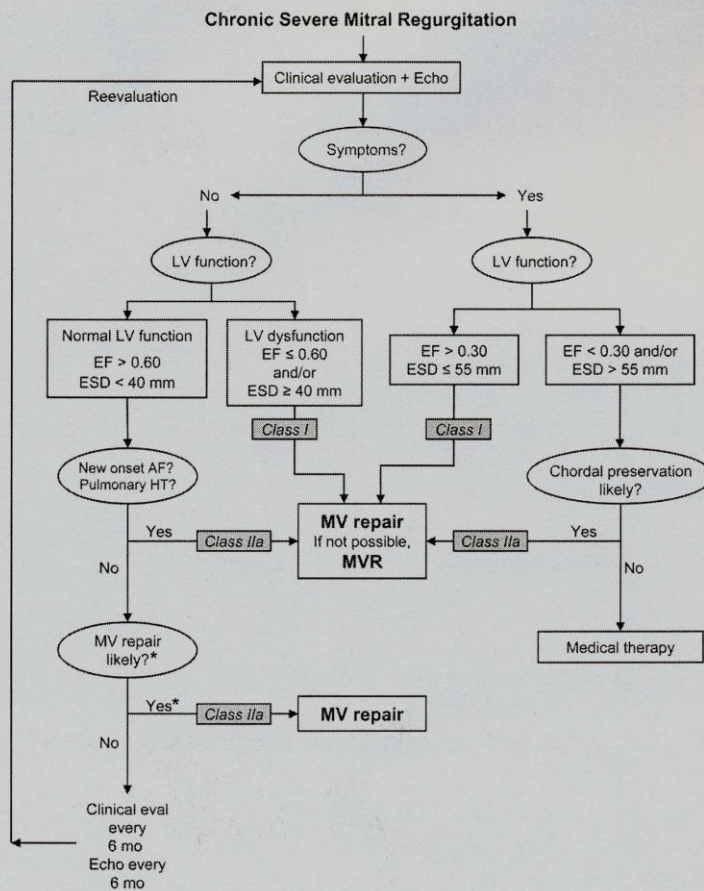


Figure 8. Management Strategy for Patients With Chronic Severe Mitral Regurgitation

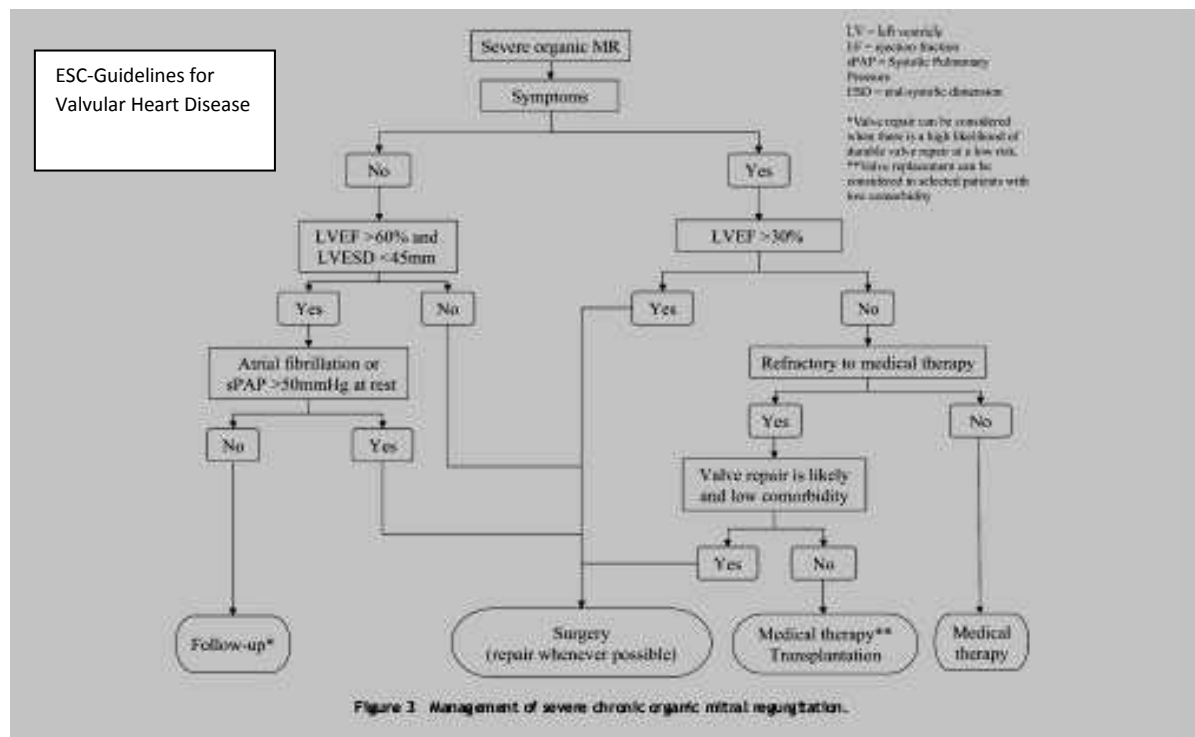


Table 4 Definitions of risk factors in the EuroSCORE

Risk factor	EuroSCORE definition	Points
Age	< 60 years	0
	60-64	1
	65-69	2
	70-74	3
	75-79	4
	80-84	5
	85-89	6
	≥ 95	8
Sex	Female	1
Chronic pulmonary disease	Long-term use of bronchodilators or steroids for lung disease	1
Extracardiac arteriopathy	Claudication, carotid occlusion or stenosis > 50%, previous or planned intervention on the abdominal aorta, limb arteries or carotids	2
Neurological dysfunction	Severely affecting ambulation or day-to-day functioning	2
Previous cardiac surgery	Requiring opening of the pericardium	3
Serum creatinine	> 200 µM/L preoperatively	2
Active endocarditis	Patient still under antibiotic treatment for endocarditis at the time of surgery	3
Critical preoperative state	Ventricular tachycardia, fibrillation or aborted sudden death, preoperative cardiac massage, preoperative ventilation, preoperative inotropic support, intra-aortic balloon counterpulsation, or preoperative acute renal failure (anuria or oliguria < 10 mL/h)	3
Unstable angina	Rest angina requiring intravenous nitrates until arrival in the anaesthetic room	2
LV dysfunction	Moderate (LVEF 30-50%)	1
	Poor (LVEF < 30%)	3
Recent MI	< 90 days	2
Pulmonary hypertension	Systolic pulmonary artery pressure > 60 mmHg	2
Emergency	Carried out on referral before the beginning of the next working day	2
Other than isolated CABG	Major cardiac procedure other than or in addition to CABG	2
Surgery on thoracic aorta	For disorder of ascending, arch, or descending aorta	3
Post-infarct septal rupture		4

CABG = coronary artery bypass grafting, LV = left ventricular, EF = ejection fraction, MI = myocardial infarction.
 The estimation of the operative mortality for a given patient can be obtained using a calculator accessible at <http://www.euroscore.org/calc.html>.
 From Riquès et al.²⁸

8. Literatur

1. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J et al (2007): The task force on the management of valvular heart disease. ESC Guidelines on the management of valvular heart disease. Eur Heart J 28:230–268
2. Daniel WG, Baumgartner H, Gohlke-Bärwolf C et al (2006) Leitlinie Klappenvitien im Erwachsenenalter. Clin Res Cardiol 95:620–641
3. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K et al (2006) Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. A report of the American college of Cardiology/American Heart association task force on practice guidelines (Writing committee to revise the 1998 Guidelines for the management of patients with valvular heart disease) developed in collaboration with the society of cardiovascular anesthesiologists. J Am Coll Cardiol 48:e1–e148
4. Flachskampf et al., (2009) Kommentar zur Europäischen Leitlinie „Herzklappenerkrankungen“, Der Kardiologe
5. Buck et al, (2009) Manual zur Indikation und Durchführung der Echokardiographie. Clinical Research in Cardiology Supplements Volume 4, Supplement 1
6. Richtlinien der KV-BW: Kriterien für die Qualitätsbeurteilung im Bereich der Ultraschalldiagnostik (Inkrafttreten am 1.10.2009)
7. KBV: Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik vom 31. 10.2008 (Inkrafttreten: 1.4. 2009)
8. Nixdorff et al, (2006) Positionspapier zur Qualifikation und Zertifizierung von Untersuchern in der Echokardiographie Clin Res Cardiol Suppl
9. Hoffmann et al, (2004) Positionspapier zum Qualitätsstandard in der Echokardiographie, Z Kardiol 93
10. Nihoyannopoulos et al, (2008) EAE laboratory standards and accreditation, Eur J Echocardiography 8
11. Lung B, Baron G, Butchart EG et al (2003) A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: the Euro Heart survey on valvular heart disease in Europe Eur Heart J 24:1231–1243

Anhang 3 zu Anlage 17

Biopsychosozialer Versorgungsplan bei COVID: bedarfs- und bedürfnisgerecht einschl. Rehabilitation, Beratung zu Risikofaktoren und zur Prävention (gemäß Anlage 12)

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Umsetzung des Long-COVID-Beratungsgesprächs.

Inhalte des Beratungsgesprächs (gemäß Anlage 12):

Beratung und therapeutische Unterstützung bei langanhaltenden Beschwerden: alltagsfunktionale Bewertung der Defizite ggf. interdisziplinär frühzeitig beachten mit Möglichkeiten der Verbesserung der Prognose je nach klinischen Untersuchungsbefunden einschl. familiärer und beruflicher Situation sowie Umfeld, Abschätzung der Motivation und Prognose, breite Unterstützung der Alltagsbewältigung. Unterstützung beim Patienten-Empowerment und Förderung der Gesundheitskompetenz.

Ziel ist es, bestehende Symptome und Versorgungsbedarfe besser zu erfassen, Risikopatienten zu identifizieren und zu unterstützen.

- Ergänzend **Long-COVID-Coach zur Information und Selbsthilfe für Betroffene** <https://www.aok.de/pk/long-covid/> (Gemeinschaftsprojekt des Universitätsklinikums Heidelberg und des AOK Bundesverbandes, mit Unterstützung der Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl):
 - **Informationen:** Überblick über die Erkrankung, Therapiemöglichkeiten und Prognose
 - **Übungen mit Video-Anleitung** zur Linderung von Beschwerden und Unterstützung der Rehabilitation ergänzend zur ärztlichen Behandlung und nach ärztlicher Rücksprache, u.a. bei Fatigue, kognitiven Störungen, Schwindel, Sensibilitätsstörungen, Riechstörungen, Atemnot
- ggf. Einbeziehung **Sozialer Dienst** der AOK/Patientenbegleitung der Bosch BKK durch die FACHARZT-Praxis in Fällen von:
 - komplexen Versorgungs- und Unterstützungsbedarfen,
 - bei (drohenden) Behinderungen oder Langzeiterkrankungen
 - zur Beratung in Bezug auf Teilhabe ggf. zur Pflegeversicherung, häuslichen Krankenpflege, Hinweis auf Pflegeberatung
 - Rehabilitationssport
- Für die AOK: <https://www.aok.de/pk/bw/unterstuetzung-sozialer-dienste-aok/>
- Für die Bosch BKK: www.bosch-bkk.de/Patientenbegleitung
- Koordination zur medizinischen Rehabilitation (stationär wie ambulant), ggf. zu **Heilmitteln und Hilfsmitteln gemäß Anlage 17 Anhänge 7, 9 und 10 des Facharztvertrags Orthopädie** sowie auch
- Beratung des Lebensstils mit ausgewogener, gesunder Ernährung, ausreichend Schlaf und regelmäßiger Bewegung und spezifischen Angeboten auch z.B. AOK-Gesundheitsangebote sowie gemäß Anlage 17 insbesondere zu folgenden Themen:
 - <https://www.aok.de/pk/bw/leistungen-services/services/rueckrufservice-beratung-zu-ernaehrung-bewegung-und-entspannung/>
 - <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/gesundheitsangebote-vor-ort/>
 - <https://www.aok.de/pk/bw/landingpages/gesundheitskurse/>
 - Online-KundenCenter der AOK BW „Meine AOK“
 - <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/app-zum-onlineportal-meine-aok-4/>
 - Terminvereinbarung im AOK KundenCenter

- <https://www.aok.de/pk/bw/landingpages/terminvereinbarung/anmeldung/?affiliate=6508>
- Für Bosch BKK Versicherte
das Online-Kundenportal: https://meine.bosch-bkk.de/bitgo_gs/de/oeffentlich/login/login.xhtml
und die Terminvereinbarung in der Bosch BKK vor Ort:
<https://www.bosch-bkk.de/service/kontakt/terminservice/>
sowie zu den Präventionsangeboten der Bosch BKK: <https://portal.zentrale-pruefstelle-praevention.de/portfolio/bosch-bkk/suche>

 - Berufliche **Wiedereingliederung**/ Sicherung der Erwerbsfähigkeit
 - <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/arbeitsunfaehigkeit-so-hilft-ihnen-die-aok-2/>

 - Beratung zur **Rehabilitation/ Teilhabe/Pflegeleistungen**
 - <https://www.aok.de/pk/uni/inhalt/arbeitsunfaehigkeit-so-hilft-ihnen-die-aok-1/>
 - <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/beratung-fuer-pflegebeduerftige-und-angehoerige/>

 - Soziale Beziehungen/ Beratung von Angehörigen einschließlich Versorgung von Kindern

- **Alltagsbewältigung**
 - kognitive Beeinträchtigungen insbesondere die Gedächtnisleistung, im Kontext anderer kognitiver Funktionen, der psychischen Befindlichkeit sowie des Verhaltens.
 - Zusätzliche Beratungen zu möglichem Gedächtnistraining und Kompensationsstrategien gemäß:
[https://www.awmf.org/leitlinien/S2e Diagnostik Therapie Gedächtnisstörungen 2020-03.pdf03.pdf](https://www.awmf.org/leitlinien/S2e_Diagnostik_Therapie_Gedaehntisstoerungen_2020-03.pdf03.pdf)
 - Beratung zur Durchführung von Riechtrainings.

 - **Patienten-Empowerment und Förderung der Gesundheitskompetenz**

 - **Online-Informationsquellen gemäß aktuellem Sachstand, z.B.**
 - Long-COVID-Coach: Überblick über die Erkrankung, Therapiemöglichkeiten und Übungen zur Linderung von Beschwerden <https://www.aok.de/pk/long-covid/>
 - Empfehlungen zur Unterstützung einer selbständigen Rehabilitation nach COVID-19-Erkrankung: Broschüre der WHO mit Übungs- und Verhaltensvorschlägen zu den häufigsten Beschwerden mittels der Broschüre der WHO mit Übungs- und Verhaltensvorschlägen zu den häufigsten Beschwerden <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345019/WHO-EURO-2021-855-40590-60116-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (11.11.2022)
 - www.dgn.org
 - www.aerzteblatt.de Riechtraining nach Covid-19 (11. Mai 2021)
 - Deutsches Ärzteblatt, Jg. 119, Heft 10, 11.03.2022
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/inhalt?heftid=6804>
 - www.aponet.de Covid-19: Riechtraining (22.01.2022)
 - www.bvgt.de Bundesverband Gedächtnistraining e.V.
 - Post-Covid-Reha: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de>;
 - Bewegungsangebote www.aok.de;
 - Rauchstopp www.rauchfrei-info.de; BZgA kostenlos www.shop.bzga.de;

 - **Ergänzende therapeutische Angebote**
 - z.B. bei chronischem Fatigue-Syndrom
 - www.mcfs.de oder eingeschränkter Belastbarkeit, Müdigkeit
 - Dyspnoe und Husten
 - Atemkontrolltechniken gemäß WHO- Broschüre
 - Kopfschmerzen u.a.;
 - Tagebuch; <https://headache-hurts.de>;
 - eBook „ich habe Migräne- und was ist deine Superkraft“
 - Myalgien,
 - Neuropathien,
 - depressiven Verstimmungen u.a.
 - AOK-Lebe Balance <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/lebe-balance-das-gesundheitsprogramm-3/>,
 - Familiencoach Depression für Angehörige <https://depression.aok.de/>,
 - <https://moodgym.de>;
 - Für Bosch BKK-Versicherte: <https://www.bosch-bkk.de/leistungen/leistungen-von-a-z/mentale-gesundheit.html>
- Und <https://www.bosch-bkk.de/leistungen/leistungen-von-a-z/phileo-app.html>

- Denkstörungen (sog. Brain-Fog)
 - Übungen zum Gedächtnistraining für zu Hause: www.akademie-gedaechtnistraining.de ,
- Schwindel (Stand vom 29.04.2022).
- **Selbsthilfegruppen**
 - Übersicht der COVID-Selbsthilfegruppen in Baden-Württemberg <https://www.nakos.de/data/Online-Publikationen/2021/NAKOS-Corona-Selbsthilfegruppen.pdf> oder (leben-mit-covid.de) und unter <https://www.aok.de/pk/long-covid/>
 - Bundesverband ME/CFS <https://www.fatigatio.de/>
 - Deutsche Gesellschaft für ME/CFS e. V. <https://www.mecfs.de/>
 - Depressionsliga <https://depressionsliga.de/>
- Sicherung der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen einschl. Suchthilfe
- Sozialrechtliche Beratung
 - www.betanet.de

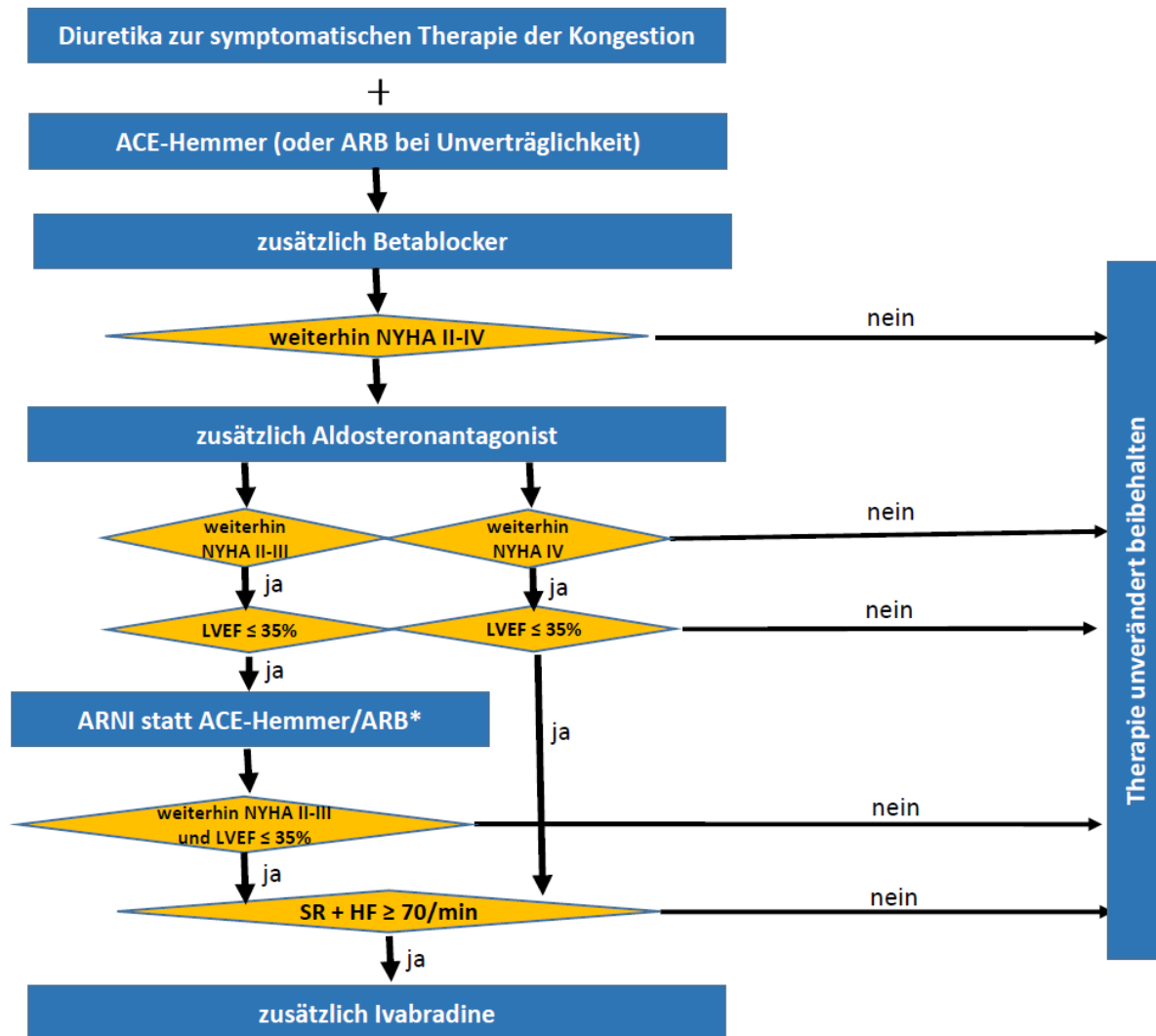
Multiprofessionell unterstützend können MFAs bzw. EFAs wirken zu analogen wie auch als evidenzbasiert wirksam erwiesenen digitalen Gesundheitsangeboten und psychosozialen Hilfestellungen (inhaltliche Voraussetzungen gemäß Vertragsvereinbarungen HZV/FAV und Curricula).

Ein interdisziplinärer Austausch zwischen VERAH (der HZV-Praxen) und EFA ist ausdrücklich erwünscht.

Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission (AMK) der Vertragspartner zur medikamentösen Behandlung

Nach den Beschlüssen der Arzneimittelkommission ist die Basis des Behandlungspfad der Therapiealgorithmus zu medikamentösen Therapie der systolischen Herzinsuffizienz unter Berücksichtigung der Angiotensin-Nepriylsin-Rezeptor-Inhibitor (ARNI).

Das weitere Vorgehen ist der aktuellen Leitlinie zu entnehmen.



Stand: 04/2016

* Nutzen bei über 75-jährigen statistisch nicht signifikant, Risiko Demenz und Makuladegeneration noch nicht abschließend geklärt

Legende:

ARB = Angiotensinrezeptorblocker
ARNI = Angiotensin-Nepriylsin-Rezeptor-Inhibitor
SR = Sinusrhythmus; HF = Herzfrequenz

Teilnahme sowie Rechte und Pflichten von Radiologen

Für Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie (im Folgenden „Radiologen“ genannt) ergeben sich abweichend von den übrigen vertraglichen Regelungen ausschließlich folgende Rechte und Pflichten:

I. Teilnahmevoraussetzungen

Ein Radiologe ist zur Teilnahme am Kardiologie-Vertrag nach dieser Anlage berechtigt, sofern folgende Teilnahmevoraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Abgeschlossene Weiterbildung zum/ zur Facharzt/ Fachärztin für Radiologie
- Betriebsstätte oder stationäre Einrichtung gem. § 108 SGB V in Baden-Württemberg
- Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V im Rahmen einer Zulassung oder Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss bei der KV Baden-Württemberg gem. Ärzte-ZV für das Fachgebiet der Radiologie, oder Tätigkeit in einer Einrichtung, die als stationärer Leistungserbringer im Landeskrankenhausplan Baden-Württemberg aufgenommen ist,
- Es liegt eine Kooperation mit einem an diesem Facharztvertrag teilnehmenden KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN gem. Anlage 2 Anhang 3 vor. Ein entsprechender Kooperationsvertrag ist der Managementgesellschaft MEDIVERBUND als Nachweis vorzulegen. Bei Kooperation mit einer Einrichtung gem. §108 SGB V ist der Radiologe zu benennen. Für die Teilnahme ist es erforderlich, eine Teilnahmeerklärung (Anhang 1 zu Anlage 19) auszufüllen. Das Nähere hierzu ergibt sich aus Ziffer II. sowie der Teilnahmeerklärung selbst.

Für die Teilnahme eines MVZ ist die Voraussetzung des ersten Aufzählungspunktes durch einen im MVZ im Rahmen seiner Zulassung oder durch den Zulassungsausschuss genehmigten in Anstellung tätigen Facharzt zu erfüllen.

II. Teilnahmebeginn RADIOLOGEN

Zur Teilnahme ist die Teilnahmeerklärung schriftlich und unterschrieben an folgende Managementgesellschaft zu senden:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart

Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer I. vor, gegebenenfalls nach einer Aufforderung zu einer Nachbesserung, nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot der teilnahmeberechtigten Radiologen zur Teilnahme am Kardiologie-Vertrag, beschränkt auf diese Anlage, an. Die Annahme erfolgt in der Regel binnen zwei Wochen durch eine schriftliche Bestätigung der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Radiologen über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Ziffer I. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Radiologe Vertragspartner als Teilnehmer nach Anlage 19 dieses Vertrages (im Folgenden „RADIOLOGE“ genannt).

Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer I. nicht vor, erfolgt eine entsprechende Ablehnung durch die Managementgesellschaft.

III. Teilnahmeende RADIOLOGEN

1. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner die Teilnahme an der Anlage 19 gegenüber dem RADIOLOGEN mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartales zu kündigen. Der RADIOLOGE ist berechtigt, seine Teilnahme an dieser Anlage 19 mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartales zu kündigen. Für die Wirksamkeit der Kündigung seitens des RADIOLOGEN gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es dabei verpflichtend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft schriftlich erklärt wird.
2. Darüber hinaus kann jeder RADIOLOGE aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist die Teilnahme an diesem Vertrag kündigen. Für die Ausübung der außerordentlichen Kündigung seitens der Vertragspartner des Kardiologie-Vertrages (AOK und MEDIVERBUND AG) gilt Nr. 1 Satz 1 entsprechend. Für die Ausübung der Kündigung durch den RADIOLOGEN gilt Nr. 1 Satz 3 entsprechend. Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn dem kündigenden Teil unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses bis zur

vereinbarten Beendigung oder bis zum Ablauf einer Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann.

3. Die Kündigung des RADIOLOGEN oder gegenüber dem RADIOLOGEN führt zur Vertragsbeendigung für den RADIOLOGEN mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung der Teilnahme durch einen RADIOLOGEN hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK, MEDIVERBUND AG und den weiteren am Vertrag teilnehmenden KARDIOLOGEN.
4. Die Teilnahme des RADIOLOGEN endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, sofern eine der Teilnahmevoraussetzungen (Ziffer I.) entfällt, der Facharztvertrag insgesamt beendet wird oder es zu einer Beendigung der Anl. 19 oder des Anhangs 3 zur Anl. 12 kommt.
5. Die Teilnahme des RADIOLOGEN endet, sofern entsprechende EBM-Ziffern für diese Leistung des Radiologen eingeführt werden.

IV. Rechte aus der Teilnahme

Der RADIOLOGE ist bei einer Vertragsteilnahme auf folgende Rechte beschränkt:

- Durchführung der Leistung Kardio-MRT gem. Anlage 2 Anhang 3 und der nachfolgenden Abrechnungstabelle
- Abrechnung der Leistung gegenüber der Managementgesellschaft gemäß folgender Tabelle:

GOP	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
R1	<p>Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe (Kardio-MRT – Ruhe)</p> <p>Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben R2 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztlicher Leistung • MRT-Leistungen sind über die kassenärztliche Versorgung (EBM) nicht abrechenbar am selben Tag. 	<p>402,00 EUR</p>
R2	<p>Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress - Perfusion (Kardio-MRT – Stress)</p> <p>Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT-Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich. • qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2) • Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2 • nicht abrechenbar neben R1 am selben Tag • je Untersuchung abrechenbar • Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung • MRT-Leistungen sind über die kassenärztliche Versorgung (EBM) nicht abrechenbar am selben Tag. 	<p>450,00 EUR</p>

Hinsichtlich der Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten gelten §§ 19 Abs. 3 bis 11 sowie §§ 20 und 21 des Hauptvertrages, Anlage 12 Abschnitt III Ziffer VII. sowie Abschnitt IV. Ziffer 1. und Ziffer 2. Absätze 1, 4 und 5 entsprechend. Eine Abschlagszahlung erfolgt keine.

V. Pflichten aus der Teilnahme

Der RADIOLOGE hat die sich aus Anhang 3 zu Anlage 2 sowie Anlage 16 für FACHÄRZTE ergebenden Pflichten entsprechend zu achten und zu wahren.

Darüber hinaus ist der RADIOLOGE verpflichtet, die Managementgesellschaft über Änderungen, die sich auf die Teilnahmevoraussetzungen auswirken, unverzüglich mitzuteilen.

VI. Änderungen

Die Inhalte dieser Anlage werden mit Wirkung für den RADIOLOGEN angepasst, sofern die Vertragspartner des Kardiologie-Vertrages die analogen Regelungen im Kardiologie-Vertrag (hier: Anlage 2 Anhang 3, Anlagen 12, 16 und 19) anpassen. Die RADIOLOGEN stimmen

einer entsprechenden Änderung bereits jetzt zu. Der RADIOLOGE wird über die Änderungen durch die Managementgesellschaft informiert.

VII. Geltungsdauer

Die Durchführung und Abrechnung der Kardio-MRT-Untersuchungen nach dieser Anlage gilt entsprechend der im Anhang 3 zur Anlage 2 aufgeführten Geltungsdauer.

Unabhängig davon endet die Geltungsdauer dieser Anlage automatisch mit der Einführung entsprechender EBM-Ziffern für die Leistungen des RADIOLOGEN.

**Teilnahmeerklärung für Radiologen zum Vertragsmodul
Kardio-MRT (Anlage 19) des AOK Vertrag zur
kardiologischen Versorgung in
Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V**



Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer stationären Einrichtung muss für jeden teilnahmeberechtigten Radiologen eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten Radiologe		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Institutionskennzeichen (zwingend erforderlich)	LANR (9-stellig)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
BSNR (9-stellig)		
<input type="text"/>		
Titel, Nachname, Vorname		
<input type="text"/>		
Name des Krankenhauses / MVZ		
<input type="text"/>		
Straße & Hausnummer	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ und Ort	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	
Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)		
Kreditinstitut		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
IBAN (zwingend erforderlich)	BIC (zwingend erforderlich)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontoinhaber		
<input type="text"/>		
Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten		
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V. oder des BDR e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HSNR).		
Vertragsteilnahme des Radiologen		
Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme Vertragsmodul Kardio-MRT (Anlage 19) des AOK Vertrag zur kardiologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.		
<p>Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen; • ich meine vertraglichen Pflichten im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann; • ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDI VERBUND kündigen kann; • sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlrechnungen ist mir bekannt; • die Managementgesellschaft das von AOK geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses -unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten- auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen; • ich dem MEDI VERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen. • Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDI VERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieses Formulars. • Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages. 		
Unterschrift Radiologe		
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ	Stempel Praxis/MVZ/stationäre Einrichtung	
Bei stationärer Einrichtung: gesetzlicher Vertreter		
<input type="text"/>	Datum (TT.MM.JJ)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teilnahmevoraussetzungen

1. Persönliche Voraussetzungen:

- Abgeschlossene Weiterbildung zum/ zur Facharzt/ Fachärztin für Radiologie (Nachweis: **Selbstauskunft**)
- Betriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: **Selbstauskunft**)
- Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V im Rahmen einer Zulassung oder Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss bei der KV Baden-Württemberg gem. Ärzte-ZV für das Fachgebiet der Radiologie oder Tätigkeit in einer Einrichtung, die als stationärer Leistungserbringer im Landeskrankenhausplan Baden-Württemberg aufgenommen ist (Nachweis: **KV-Zulassung oder KV-Registrierung oder KV-Ermächtigung**)
- Es liegt eine Kooperation mit einem an diesem Facharztvertrag teilnehmenden KARDIO-MRT-KARDIOLOGEN gem. Anlage 2 Anhang 3 vor. Ein entsprechender Kooperationsvertrag ist der Managementgesellschaft MEDIVERBUND als Nachweis vorzulegen. (Nachweis: **Kooperationsvertrag**)

Bitte beachten Sie: Für die Teilnahme eines MVZ ist die Voraussetzung des ersten Aufzählungspunktes durch einen im MVZ im Rahmen seiner Zulassung oder durch den Zulassungsausschuss genehmigten in Anstellung tätigen Radiologen zu erfüllen.

Erklärung bei Teilnahme einer stationären Einrichtung:

- die stationäre Einrichtung ist im Landeskrankenhausplan Baden-Württemberg aufgenommen. (Nachweis: **Selbstauskunft**)
- Apparativ-technische und organisatorische Voraussetzungen der MRT-Bildgebung werden erfüllt (Nachweis: **Selbstauskunft**)
 - MRT-Scanner mit der Feldstärke 1.5T oder 3.0T
 - Dezierte Oberflächenspule für Herz-Bildgebung ist vorhanden
 - EKG muss während der Untersuchung ableitbar sein
 - Bei Stressuntersuchungen: Blutdruckmessungen vor, während und nach Applikation des pharmakologischen Stressmittels
 - Etablierte SSFP-Cine-, Perfusions-, und Late Gadolinium Enhancement Sequenzen können durchgeführt werden
 - Flusssensitive Messungen, insbesondere zur Evaluation von Vitien sind vorhanden
 - Der Zugang zu einem Rechner mit einer speziellen Auswertesoftware für kardiale Bildgebung ist gegeben

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der AOK/Bosch BKK ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der AOK/Bosch BKK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de

Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datenschutz-team@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß §§ 73c SGB V a.F. bzw. 140a SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das AOK FacharztProgramm ausgefüllt und unterzeichnet haben.
(Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der AOK immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt-Programm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d. h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KV BW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die AOK und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

Unterschrift Radiologe
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ
Bei stationärer Einrichtung: gesetzlicher Vertreter

Stempel Praxis/MVZ/stationäre Einrichtung

Datum (TT.MM.JJ)

--	--	--	--	--	--

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.