



Ausführliche Informationen für den Kardiologen zum integrierten Behandlungskonzept Koronare Herzkrankheit

Das Herzznetz Münster

Das Herzznetz Münster dient der optimalen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf eine Koronare Herzkrankheit oder einer bekannten Koronaren Herzkrankheit. Die Teilnahme für Patienten und Ärzte ist freiwillig. Die in das Herzznetz Münster integrierten Patienten profitieren von einem optimalen Datenfluss zwischen den beteiligten Ärzten und einer modernen, Leitlinien orientierten Diagnostik. Die Patienten, die an diesem Versorgungsvertrag teilnehmen, verbleiben bis einschließlich einer eventuell erforderlichen Koronarangiographie und PTCA im ambulanten Sektor. Die Diagnose und Therapie der Koronaren Herzerkrankung erfolgt auf allen Ebenen nach den vom Herzznetz Münster festgelegten Clinical Pathways.

Nachfolgend erhalten Sie umfangreiche Informationen zum Vertragswerk „Herzznetz Münster“ zwischen der BARMER, dem Hausärzterverband Münster (HVM, Gesellschaft bürgerlichen Rechts mit beschränkter Haftung) und der invasiv tätigen kardiologischen Praxis Dres. Castrucci und Weber.

1. Integrierter Versorgungsvertrag:

Vertrag zur integrierten kardiologischen Versorgung nach § 140b SGB V über die Versorgung von Patienten mit koronaren Herzerkrankungen (KHK).

2. Direkte Vertragspartner:

BARMER Ersatzkasse
Regionalgeschäftsstelle Münster
Martin Pilk
Engelstr. 65
48143 Münster
Tel: 018500 80 1454
FAX: 018500 80 1420
martin.pilk@barmer.de

BARMER Ersatzkasse
Landesgeschäftsstelle NRW
Peter Magas
Anton-Bruchhausen-Str. 8
48147 Münster
Tel: 018500 80 3367
FAX: 018500 80 3301

Hausärzterverband Münster GbRmbH
Metzer Str. 58
48151 Münster
Tel.: 0251 754675
FAX: 0251 77263
www.hvm-ms.de

Kardiologische Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Marco Castrucci und
Dr. med. Max Weber
Loerstr. 19
48143 Münster
Tel: 0251 686900
FAX: 0251 6869010
praxis@kardio-muenster.de



3. Vertrags- und Leistungsausrichtung:

Dieses Versorgungsmodell regelt die leistungssektoren- sowie interdisziplinärfachübergreifende Behandlung der Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) auf der Basis der §§ 140a - d SGB V. Dabei werden die vom Gesetzgeber geschaffenen Gestaltungsspielräume durch Vertragsärzte, sowie der BARMER Ersatzkasse zur Integration der jeweiligen Versorgungsebenen genutzt. Neben den medizinischen Grundlagen der Disease Management Programme (DMP) sind Clinical Pathways (Patientenpfade) zur Prozessoptimierung des Behandlungsverlaufes Bestandteil des Versorgungsmodells. Dabei wurden die Inhalte der Leistungskomplexe „hausärztliche Versorgung“ und fachärztliche kardiologische Mitbehandlung“ sowie invasive ambulante Kardiologie“ festgelegt und eine Honorierung über Komplexpauschalen vereinbart. Die Überweisung des Patienten zur stationären kardiologischen Versorgung erfolgt nur im Falle eines akuten Koronarsyndroms mit ST-Streckenhebungen (ST-Hebungsinfarkt). In diesem Fall scheidet der Patient aus dem Versorgungsvertrag des Herzzetzes Münster aus. Durch hohe Anforderungen an die Qualitätssicherung und Indikationsstellung insbesondere im Bereich der invasiven Kardiologie wird eine Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich in die ambulante Versorgungsebene ermöglicht. Die Integrierte Versorgung nach diesem Konzept dient somit der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung für den gesamten Krankheitsverlauf.

4. Teilnahmemöglichkeiten für kardiologische Vertragsärzte

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Möchten niedergelassene Kardiologen aus Münster an diesem Versorgungsmodell teilnehmen und die Leistungen der jeweiligen Versorgungsebene erbringen und abrechnen, müssen entsprechende Antragsformulare (als Anlage beigefügt/—Download im Internet) ausgefüllt und an die BARMER (Fax-Nr018500801420) gesandt werden. Grundsätzlich ist das Vorliegen der im Vertrag geforderten Qualifikations- und strukturellen Voraussetzungen notwendig. Die Berechtigung zur Teilnahme beginnt mit Zugang der Teilnahmebestätigung bei der BARMER. Eine Bestätigung über die Teilnahme erhalten die Vertragsärzte von der BARMER.

Über die teilnehmenden Vertragsärzte führt die BARMER ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis wird den Vertragspartnern einmal pro Quartal in elektronischer Form übersandt. Das Teilnehmerverzeichnis wird bei Bedarf den eingeschriebenen bzw. einschreibewilligen Versicherten der BARMER zur Verfügung gestellt. Daneben kann das Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte von der BARMER auch in anderer Weise (z.B. Internet) veröffentlicht werden.

Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich ausschließlich gegenüber der BARMER kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die Teilnahme eines Vertragsarztes endet ohne Kündigung, wenn die Voraussetzungen zur Teilnahme nicht



oder nicht mehr vorliegen. Der Leistungserbringer hat das Nichtvorliegen oder den Wegfall dieser Voraussetzungen sofort gegenüber der BARMER schriftlich anzuzeigen.

5. Grundsätzliches und Zielsetzungen

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zu einer optimalen Versorgung der Versicherten. Insbesondere übernehmen die beteiligten Leistungserbringer die Gewähr dafür, dass sie die organisatorischen Voraussetzungen für die vereinbarte Integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen. Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen ist, wie beim DMP, verpflichtend.

Die Vertragspartner und teilnehmenden Vertragsärzte stellen eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit sektoren- und interdisziplinär fachübergreifend sicher. Hierzu wurden leitlinienorientierte Clinical Pathways definiert, welche eingehalten werden sollten.

Die Versorgungsziele sind insbesondere:

- Vermeidung von Krankenhausaufnahmen durch konsequent ambulante Abklärung.
- Verlagerung invasiv-kardiologischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich.
- Reduktion der Sterblichkeit.
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz.
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.
- Durchgängige und sektorenübergreifend abgestimmte pharmakologische Versorgung.
- Sicherung der Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges.
- Einbindung der sekundär Prävention und der Selbsthilfegruppen.

Die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich, die Versorgungsinhalte zu erfüllen. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

6. Qualifikations- und Teilnahmevoraussetzungen von Vertragsärzten

Fachärztliche Leistungen können nur von Vertragsärzten durchgeführt werden, die an der kardiologischen Versorgung teilnehmen, die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und von der BARMER eine Teilnahmebestätigung erhalten haben.



7. Leistungen des qualifizierten Facharztes im Rahmen des kardiologischen Versorgungsbereich (2. Versorgungsebene)

Zu den Leistungen des teilnehmenden qualifizierten Facharztes gehören insbesondere:

- a. Diagnostik, Risikostratifizierung und Beratung im Rahmen der fachärztlichen Betreuung unter Beachtung und Einhaltung der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gem. Anlage 7 sowie der Clinical Pathways gem. Anlage 8,
- b. Unterstützung der differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung.
- c. Durchführung der entsprechenden ärztlichen Untersuchungen im Rahmen der erweiterten Ischämiediagnostik.
- d. Indikationsstellung für eine invasive Diagnostik und interventionelle Therapie unter Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen gem. Anlage 7.
- e. Beratung des Versicherten, entsprechend des individuellen Risikos, insbesondere über die Möglichkeiten sowie den Nutzen und die Risiken interventioneller und kardiochirurgischer Therapie.
- f. Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und zeitnahe Information des koordinierenden Arztes.
- g. Ggf. Überweisung an die beteiligten Invasivkardiologen gem. Anlage 7.
- h. Zeitnahe Übermittlung und Einforderung therapierelevanter Informationen (z. B. über die medikamentöse Therapie) an/von weitere(n) am Behandlungsprozess beteiligte(n) Leistungserbringer(n), insbesondere an den koordinierenden Arzt.

8. Teilnahme der Versicherten

Anspruch auf Leistungen nach diesem Versorgungsmodell haben bisher ausschließlich die Versicherten der BARMER, die ihre Teilnahme an der Versorgung durch eine entsprechende Erklärung (als Anlage beigefügt/Download über Internet) bei einem niedergelassenen und teilnehmenden Vertragsarzt bestätigt haben.

Der Versicherte kann nur vom teilnehmenden Hausarzt in das Versorgungsmodell eingeschrieben werden. Die Behandlung durch einen eingeschriebenen Hausarzt ist dabei verpflichtend.

Neben den zuvor genannten Anforderungen können alle Versicherten der BARMER auf freiwilliger Basis teilnehmen, wenn folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind:

- a. es wurde die Verdachtsdiagnose „Koronare Herzkrankheit“ gestellt
- b. die Diagnose einer Koronaren Herzkrankheit ist bereits gesichert



- c. der/die Versicherte ist körperlich und geistig in der Lage an der Versorgung dieses Vertrages teilzunehmen.

Der teilnehmende Vertragsarzt berät den Versicherten über Inhalte und Ablauf der integrierten Versorgung und übergibt eine Patienteninformationsschrift (als Anlage beigefügt/Download über Internet). Die Versicherten erklären ihre Beteiligung an der Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung nebst Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung. Die unterzeichneten Erklärungen des Versicherten sind der BARMER sofort per Fax zu übermitteln.

Alle an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sind umfassend über die zum jeweiligen Zeitpunkt in der Region angebotenen Disease Management Programme zu informieren. Der Arzt prüft die Teilnahmevoraussetzungen für das betreffende DMP und motiviert den Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen zur Teilnahme.

Die Teilnahme des Versicherten an der Integrierten Versorgung beginnt mit dem Tag, an dem die Teilnahmeerklärung unterzeichnet wurde. Der Versicherte hat die Möglichkeit seine Teilnahmeerklärung zu widerrufen. Die Teilnahme des Versicherten endet, soweit im Rahmen der durchgeführten Diagnostik die Diagnose „Koronare Herzkrankheit“ nicht bestätigt wurde, spätestens ein Jahr nach Einschluss in den Vertrag.

9. Versichertenbonus / Zuzahlung

Die teilnehmenden Vertragsärzte klären den Versicherten über die gesetzliche Verpflichtung zur Zuzahlung und über die Bonusregelung für die Teilnahme an integrierten Versorgungsformen, insbesondere durch Aushändigung der Patienteninformation.

Der jeweilige Vertragsarzt überlässt dem teilnehmenden Patienten nach Entrichtung der gesetzlichen Zuzahlung eine Bescheinigung (als Anlage beigefügt/Download über Internet) über die Höhe der entrichteten Zuzahlung zur Vorlage bei der BARMER. Die Bescheinigung ist Grundlage der Erstattung der Zuzahlung an den Patienten durch die BARMER in Höhe des in der Satzung vorgesehenen Betrages infolge der Teilnahme an der Integrierten Versorgung. Dies gilt nicht für Versicherte, welche von der Zuzahlung befreit sind.

10. Kooperationsregeln

Die Leistungen nach Nr. 7 werden zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach definierten Kooperationsregeln erbracht. Die Festlegung des Behandlungsverlaufs nach Überweisung bzw. Rücküberweisung wurden von den Vertragsparteien festgelegt (Clinical Pathways).

Insbesondere werden invasivkardiologische -abgesehen vom akuten Myokardinfarkt - durch die teilnehmende invasivkardiologische Praxis erbracht



11. Qualitätssicherung

Zur Erreichung der Versorgungsziele verpflichten sich die an diesem Modell teilnehmenden Leistungserbringer zur:

- Erfüllung und Sicherung der geforderten Strukturqualität,
- zur Organisation eines internen Qualitätsmanagements (QM),
- und zur Organisation von, und der Teilnahme an Qualitätszirkeln.

Zu den Zielen des QM zählen insbesondere die Beachtung der Anforderungen an die medizinische Behandlung, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, sowie die Einhaltung der Kooperationsregeln dieser Vereinbarung. Die BARMER berechtigt, die Qualität der Behandlung, die Indikationsstellung sowie die Angemessenheit der Behandlung jederzeit zu überprüfen. Hierbei sind auch Begutachtungen unter Hinzuziehung der Krankenunterlagen durch beauftragte Ärzte der BARMER möglich. Die BARMER ist berechtigt, auch im nachhinein zu einzelnen Fällen oder Gruppen von Fällen Zweitmeinungen durch von der BARMER zu bestimmende Gutachter einzuholen.

Die Vertragspartner organisieren ein netzinternes Qualitätsmanagement, das folgende Parameter untersucht und dokumentiert:

- Reduzierung des Anteils der Patienten mit Auftreten eines akuten Koronarsyndroms.
- Vermeidung der Entwicklung einer Herzinsuffizienz NYHA Stadium III und IV.
- Reduzierung des Anteils der Patienten die eine stationäre notfallmäßige Behandlung von Angina pectoris / KHK erfordern
- Vermeidung unnötiger Herzkatheteruntersuchungen
- Erreichen der individuell mit dem Patienten vereinbarten Zielvereinbarung Blutdruck, möglichst unter Werte von 140/90 mm Hg.
- Erreichen der in den Leitlinien empfohlenen Lipid-Zielwerte.
- Medikation mit einem Betarezeptorenblocker bei Patienten Zustand nach Myokardinfarkt unter Beachtung der Kontraindikationen.
- Medikation mit einem Thrombozytenaggregationshemmer unter Beachtung der Kontraindikationen.



12. Leistungskomplexe / Vergütung

Ambulante Betreuung und Behandlung im Rahmen der kardiologischen Tätigkeit

Erstuntersuchung

LNR	Leistungsumfang/Vergütung je Fall für Erstuntersuchung 105 Euro
KA 1	<p>erweiterten Diagnostik, Risikostratifizierung und Beratung im Rahmen der Fachärztlichen Betreuung, sowie Indikationsstellung für eine invasive Diagnostik ¹⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durchführung der entsprechenden Untersuchungen im Rahmen einer erweiterten Ischämiediagnostik. - Unterstützung der differenzierten Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung - Überprüfung der Therapie auf die Notwendigkeit der Mit- oder Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Kooperationsregeln dieses Vertrages. - Beratung, entsprechend des individuellen Risikos, insbesondere über die Möglichkeiten, sowie den Nutzen und die Risiken interventioneller und kardiologischer Therapie. Indikationsstellung für die Durchführung entsprechender Maßnahmen. - Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und zeitnahe Information des koordinierenden Arztes.

Folgeuntersuchung

LNR	Leistungsumfang/Vergütung je Fall und Verlaufsuntersuchung 90 Euro
KA 2	<p>erneute Diagnostik im Rahmen der Nachsorgeuntersuchung oder bei erneuten Beschwerden bei bekannter KHK, ggf. Indikationsstellung für eine erneute invasive Diagnostik ¹⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durchführung der entsprechenden Untersuchungen im Rahmen einer erweiterten Ischämiediagnostik. - Überprüfung der Therapie auf die Notwendigkeit der Mit- oder Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Kooperationsregeln dieses Vertrages. - Beratung, entsprechend des individuellen Risikos, insbesondere über die Möglichkeiten, sowie den Nutzen und die Risiken interventioneller und kardiologischer Therapie. Indikationsstellung für die Durchführung entsprechender Maßnahmen. - Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und zeitnahe Information des koordinierenden Arztes.

1) die dargestellten Leistungskomplexe bilden die nachfolgenden EBM-Ziffern ab und schließen eine Abrechnung dieser Ziffern über die Kassenärztliche Vereinigung aus:

13215, 13220, 01601, 13251, 13252, 13253, 13254, 13550, 33020, 33021, 33022, 33030, 33031, 33070, 33075, 40120, 40122, 40124



13. Rechnungslegung

Die extrabudgetäre Vergütung der fachärztliche Tätigkeit erfolgt für die teilnehmenden Kardiologen über Pseudoziffern, die von der KV-Consult mit der KV abgerechnet werden.

Die Leistung KA 1 (Pseudoziffer XXXXX) ist einmalig im Rahmen der kardiologischen Erstuntersuchung berechnungsfähig. Bei Wiedervorstellung des Patienten durch den Hausarzt in einem Folgequartal und/oder der vor Ende der Vertragslaufzeit notwendigen Abschlussuntersuchung ist die Leistung KA2 (Pseudoziffer XXXXX) berechnungsfähig. Die Abrechnung setzt voraus, dass die für die jeweilige Versorgungsebene vorgesehene Dokumentation ordnungsgemäß durchgeführt wurde (Doku-Bögen können bei den Vertragspartner abgefordert werden/Download über Internet). Die Rechnungslegung erfolgt über die KVWL-Consult.

Die Vertragsärzte dürfen im Rahmen der Leistungen nach diesem Modell von den Patienten keine Vorschüsse verlangen. Die Patienten nehmen diese Leistungen als Sachleistung in Anspruch, Behandlungsverträge zwischen dem Vertragspartner und den Patienten können insoweit nur bezüglich der Wahlleistungen geschlossen werden.

14. Datenschutz und Öffentlichkeitsarbeit

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern einzuhalten.

Ein behandelnder Arzt oder sonstiger Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140 b Abs. 3 die den Patienten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Patient ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Vertragspartner zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet.

Die Vertragspartner

**Weitere Informationen erhalten Sie im Internet ab
01.05.2006 unter <http://www.herznetz-muenster.de> oder
bei der BARMER: Herr Martin Pilk, Tel. 018500-801454**