

Anhang 2 zu Anlage 18

**Versorgungs- und Leistungsinhalte Kardiologie in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)**

**1. Kardiologische Versorgung mit bedarfsgerechter Diagnostik (z.B. EKG, Echo) - hier allgemeiner Überblick ohne Indikationsbezug**

**Hausarztbene**

- Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung
- Bio-psycho-soziale Anamnese
- Klinische Untersuchung,
- Laboruntersuchungen
- apparative Diagnostik
- Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose)
- Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version)
- Die Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u.a.) und Medikamentenplan (Begleitschreiben gemäß Anhang 1 Anlage 18)
- Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes
- Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt

**Kardiologische Leistungen**

**1. Dokumentation**

- Korrekte endstellige ICD-Kodierung und Komorbiditäten

**2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung**

**3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen Kardiologievertrag z.B.**

- Echokardiographie
- EKG, Langzeit-EKG, Ergometrie, LZ-RR
- Stress-Echokardiographie
- Transösophageale Echokardiographie (im Folgenden: TEE)
- Invasive Diagnostik

**4. Therapie**

- Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien

**5. Beratungen**

- Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
  - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN

**6. Berichte/Dokumentation**

- Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT

**Sonstiges situativ z.B.**

- prä- und poststationäre Betreuung gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 Kardiologievertrag (EBM-Ziffernkranz)
- Laborleistungen Kardiologie gemäß Anhang 1 zu Anlage 12 Kardiologievertrag (EBM-Ziffernkranz) und Vorort-Labor (gemäß Anhang 1/Abschnitt 1 Seite 2 zu Anlage 12 Kardiologievertrag)

**Leistungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes sind kein Bestandteil des Vertrages.**

Anhang 2 zu Anlage 18

2. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung herzinsuffizienter Patienten aller Schweregrade	
<b>Hausarztebene:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung</li><li>• Bio-psycho-soziale Anamnese</li><li>• Klinische Untersuchung,</li><li>• Laboruntersuchungen</li><li>• apparative Diagnostik</li><li>• Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose)</li><li>• Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version)</li><li>• Die Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u.a.) und Medikamentenplan (Begleitschreiben gemäß Anhang 1 Anlage 18)</li><li>• Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes</li><li>• Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt</li></ul>	<b>Kardiologische Leistungen</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dokumentation<ul style="list-style-type: none"><li>• korrekte endstellige ICD-Codierung</li><li>• Dokumentation NYHA-Stadium</li><li>• Linksventrikuläre Ejektionsfunktion (EF)</li><li>• Exakte Dokumentation der Form der Herzinsuffizienz</li><li>• systolische/diastolische Funktion</li><li>• Genese</li><li>• Links-/Rechts-/Globalinsuffizienz</li></ul></li><li>2. <b>Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></li><li>3. <b>ggf. apparative Diagnostik</b> bildgebende nichtinvasive Diagnostik, wie z.B. Echokardiographie mit Nachweis einer Dysfunktion (Anlage 2)<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>und/oder</u> BNP/NTproBNP (wird als Routinediagnostik nicht generell empfohlen)</li><li>• <u>und/oder</u> Röntgen-Thorax</li><li>• <u>und/oder</u> erweiterte bildgebende Diagnostik wie zum Beispiel TEE</li><li>• <u>und/oder</u> invasive Diagnostik</li></ul></li></ol> <b>NYHA-Stadium I und II</b> <p>Maximales Kontrollintervall:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1x jährlich bei normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF<math>\geq</math>45%)</li><li>• 2 x jährlich bei mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funktion (EF 31-44%)</li><li>• 4 x jährlich bei hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF <math>\leq</math>30%)</li></ul> <b>NYHA-Stadium III und IV</b> <p>Maximales Kontrollintervall</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> mindestens alle 3 Monate bei hochgradig (EF <math>\leq</math>30%), mittelgradig (EF 31-44%) und geringgradig (EF<math>\geq</math>45%) eingeschränkter LV-Funktion</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li>4. <b>Therapie</b><ul style="list-style-type: none"><li>• Stadienbezogene medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien</li><li>• Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des Schweregrads</li></ul></li><li>5. <b>Beratung</b> Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN</li><li>6. <b>Nachsorge</b> Diagnostik: Wiedervorstellungszyklen gemäß Nr. 3 Therapie: Kontrollintervalle gemäß den Empfehlungen (z.B. DEFI oder CRT; vgl. P1c) Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.</li><li>7. <b>Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</b> Fragebogen zum Schweregrad der Herzinsuffizienz Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT</li></ol>

Anhang 2 zu Anlage 18

**3. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit KHK**

**Hausarztbene**

- Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung
- Bio-psycho-soziale Anamnese
- Klinische Untersuchung,
- Laboruntersuchungen
- apparative Diagnostik
- Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose)
- Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version)
- Die Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u.a.) und Medikamentenplan (Begleitschreiben gemäß Anhang 1 Anlage 18)
- Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes
- Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt

**Kardiologische Leistungen**

**1. Dokumentation**

- Korrekte endstellige ICD-Codierung

**2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung**

**3. Apparative Diagnostik**

- EKG
- ggf. Ergometrie
- ggf. LZ-EKG
- ggf. Stressechokardiographie
- ggf. TEE
- ggf. Invasive Diagnostik

**4. Therapie**

- Medikamentöse und interventionelle Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien

**5. Beratungen**

- Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
- Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BKK, z.B. Gesundheitsangebote, Patientenbegleitung

**6. Nachsorge**

- Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild
  - Chronisch stabile KHK
    - 1x pro Jahr
  - Bei klinischer Verschlechterung ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle
  - Nach interventioneller Therapie;
    - nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK
  - Nach Bypassoperation:
    - unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK
  - Nach akutem Koronarsyndrom:
    - unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK

**Bei klinischer Verschlechterung umgehende Wiedervorstellung jederzeit möglich**

**7. Berichte/Dokumentation**

- Befunddokumentation vom FACHARZT an HAUSARZT

Anhang 2 zu Anlage 18

**4. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen**

**Hausarztbene:**

- Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung
- Bio-psycho-soziale Anamnese
- Klinische Untersuchung,
- Laboruntersuchungen
- apparative Diagnostik
- Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose)
- Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version)
- Die Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u.a.) und Medikamentenplan (Begleitschreiben gemäß Anhang 1 Anlage 18)
- Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes
- Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt

**Kardiologische Leistungen**

**1. Dokumentation**

- Korrekte, **endstellige ICD-Codierung**

**2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung**

**3. Apparative Diagnostik**

- EKG
- ggf. LZ-EKG
- ggf. Ergometrie
- ggf. Echokardiographie
- ggf. TEE
- ggf. Stressechokardiographie
- ggf. Invasive Diagnostik

**4. Therapie**

- Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie
  - ggf. Kardioversion
  - ggf. Schrittmacherimplantation oder Implantation eines Ereignisrekorders gemäß der aktuell gültigen Leitlinien
- ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. DEFI, Ablation)

**5. Beratungen**

- Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
- Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN

**6. Nachsorge**

- Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild
- Stabil: Vorstellung in der Regel in 6 bis 12-monatigen Abständen
- Verschlechterung: ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle
- Kontrollintervalle bei Schrittmacher-/ Defi-/ CRT-Patienten (gemäß Anlage 2)
- Schrittmacher/implantierbare Ereignisrecorder (Eventrecorder):
  - 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:
  - unmittelbar nach Implantation/ Aggregatwechsel nach 4 Wochen und 3 Monaten, danach in 3- bis 6-monatigen Abständen vor Laufzeitende individuell kürzere Kontrollintervalle
  - 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
- Kontrollintervalle nach Kardioversion
- Folgetag der Kardioversion, nach 4 Wochen, 3 und 6 Monaten, danach in 6- bis 12- monatigen Abständen

**7. Berichte/Dokumentation**

- strukturierter Befundbericht für den Hausarzt vom Kardiologen

Anhang 2 zu Anlage 18

**5. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Vitien**

**Hausarztbene:**

- Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung
- Bio-psycho-soziale Anamnese
- Klinische Untersuchung,
- Laboruntersuchungen
- apparative Diagnostik
- Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose)
- Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version)
- Die Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u.a.) und Medikationsplan (Begleitschreiben gemäß Anhang 1 Anlage 18)
- Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes
- Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt

**Kardiologische Leistungen**

1. Dokumentation
  - Korrekte **endstellige ICD-Codierung**
2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung
3. Apparative Diagnostik
  - ggf. Echokardiographie
  - ggf. EKG
  - ggf. LZ-EKG
  - ggf. Ergometrie
  - ggf. TEE
  - ggf. Stressechokardiographie
  - ggf. Invasive Diagnostik
4. Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien
  - ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. Intervention, OP)
5. Beratungen
  - Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten
  - Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der Betriebskrankenkassen
6. **Nachsorge**
  - **Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes**
    - 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

**Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich**

7. Berichte/Dokumentation
  - Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT

Anhang 2 zu Anlage 18

**5. Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Hypertonie**

**Hausarzt Ebene:**

- Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung
- Bio-psycho-soziale Anamnese
- Klinische Untersuchung,
- Laboruntersuchungen
- apparative Diagnostik
- Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose)
- Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version)
- Die Überweisung vom Hausarzt zum Kardiologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u.a.) und Medikamentenplan (Begleitschreiben gemäß Anhang 1 Anlage 18)
- Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes
- Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt

**Kardiologische Leistungen**

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.

1. Dokumentation

- Korrekte **endstellige ICD-Codierung**

2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung

- Diagnostik und Bestimmung des Schweregrades
- Diagnostische Differenzierung in primär und sekundär

3. Apparative Diagnostik

- EKG
- ggf. Ergometrie
- ggf. Echokardiographie
- ggf. LZ-RR

4. Therapie

- gemäß den aktuell gültigen Leitlinien
- ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. erweiterte Diagnostik, Intervention)

5. Beratungen

- 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 des Kardiologievertrages Minderung von Komplikationen)
- Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der Betriebskrankenkassen

6. Nachsorge

- **Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes**

- 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

**Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich**

7. Berichte/Dokumentation

- Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT

**Anhang 2 zu Anlage 18**

<b>Mögliche Zielaufträge HAUSARZT an FACHARZT</b>
<b>Zielaufträge vom HAUSARZT sind nur für folgende Auftragsleistungen möglich:</b>
<b>Erbringung Langzeit EKG</b>
<b>Auswertung Langzeit EKG</b>
<b>Ergometrie (Belastungs-EKG)</b>
<b>Angiologie</b>