

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für das strukturierte Behandlungsprogramm**

**KHK**

Stand der letzten Bearbeitung: 10-11-2014  
Version 4.1

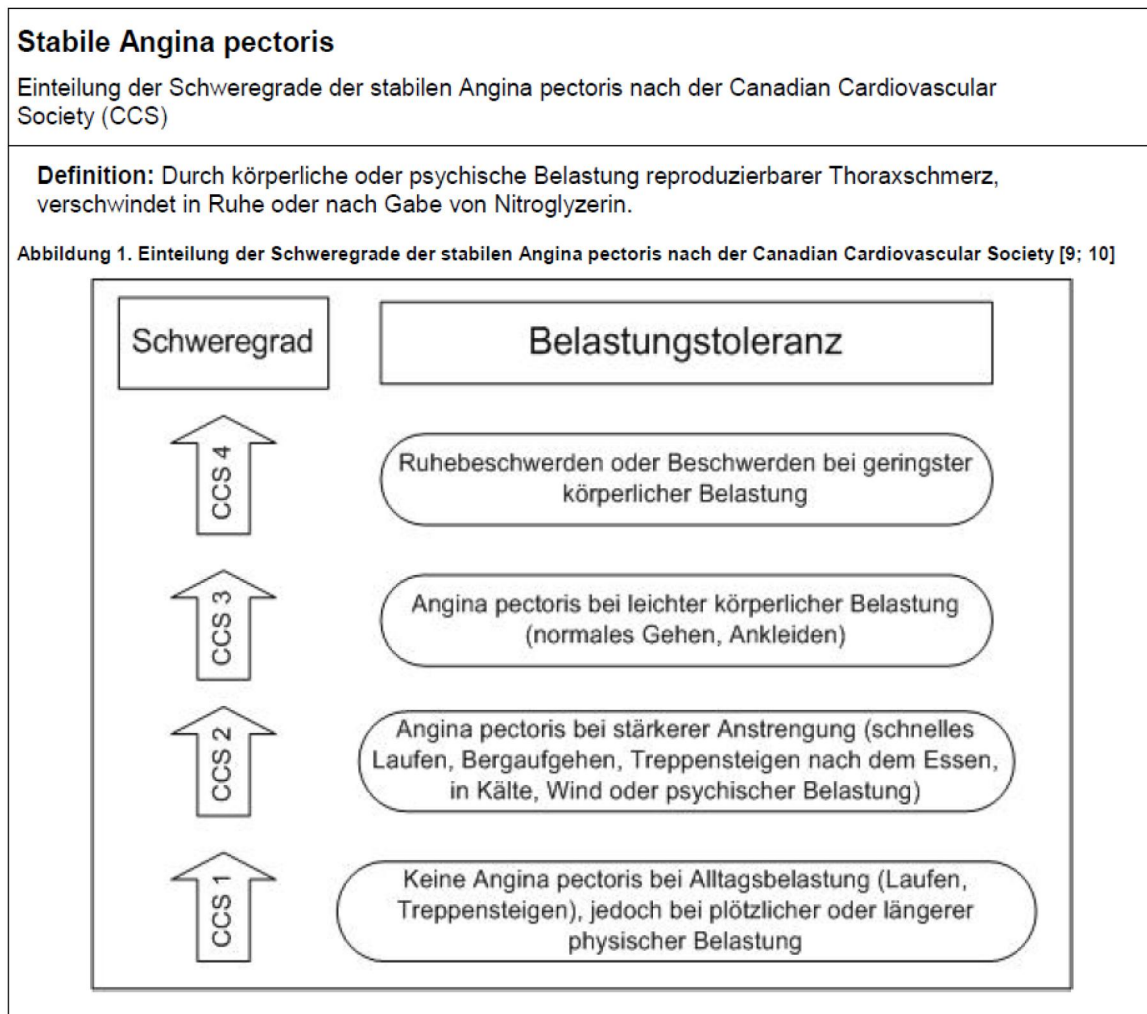
# Anamnese- und Befunddaten

## Angina pectoris

Eine Angabe ist verpflichtend.

Bitte geben Sie an, ob Ihr Patient an einer stabilen Angina pectoris leidet oder nicht. Falls eine Angina pectoris vorliegt, geben Sie bitte einen Schweregrad der Belastungstoleranz an. Die Schweregradeinteilung erfolgt dabei nach der Klassifikation der Canadian Cardiovascular Society (CCS). Nachstehende Grafik zeigt die CCS-Einteilung. Diese bezieht sich ausschließlich auf die stabile Angina pectoris.

Eine Instabile Angina pectoris als Ausprägung des akuten Koronarsyndroms ist im Dokumentationsfeld „Relevante Ereignisse“ zu dokumentieren.



Aus: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2013.

## Serum-Elektrolyte

Bei einer Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist die Angabe verpflichtend.

Liegt bei Ihrem Patienten neben der KHK auch noch eine Herzinsuffizienz vor und nimmt Ihr Patient daher an dem Modul „Herzinsuffizienz“ teil, sollten in halbjährlichen Abständen die Serum-

Elektrolyte (Natrium, Kalium) bestimmt werden. Bitte geben Sie hier an, ob die Bestimmung erfolgt ist oder nicht.

### **LDL-Cholesterin**

Eine Angabe ist verpflichtend

Wenn Sie die Werte erhoben haben, tragen Sie bitte jeweils den Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle **oder** den Wert in mg/dl ohne Nachkommastelle ein. Wenn das LDL-Cholesterin nicht untersucht wurde, geben Sie bitte „nicht bestimmt“ an

## **Relevante Ereignisse**

### **Relevante Ereignisse**

Eine Angabe ist verpflichtend.

Mehrfachnennungen sind dabei möglich.

Bitte geben Sie an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eines der aufgeführten Ereignisse eingetreten ist.

Handelt es sich um eine **Erstdokumentation**, sind hier Ereignisse aus der Vergangenheit einzubeziehen.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation**, sind jeweils nur Ereignisse seit der letzten Dokumentation zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keines der aufgeführten Ereignisse stattgefunden haben, geben Sie bitte zur Vollständigkeit „nein“ an.

### **Diagnostische und / oder koronartherapeutische Intervention**

Mindestens eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind hier möglich.

Geben Sie bitte hier an, ob bei Ihrem Patienten in der Vergangenheit eine diagnostische oder therapeutische Intervention erfolgt ist.

Handelt es sich bei der zu erstellenden Dokumentation um eine **Erstdokumentation**, sind hier Interventionen aus der Vergangenheit einzubeziehen.

Erfolgt die Angabe im Rahmen einer **Folgedokumentation**, sind jeweils nur die seit der letzten Dokumentation durchgeführten Interventionen zu berücksichtigen.

Sollte in der Vergangenheit bzw. seit der letzten Dokumentation keine der aufgeführten Interventionen erfolgt sein, geben Sie bitte „keine“ an.

### **Stationäre notfallmäßige Behandlungen wegen KHK seit der letzten Dokumentation**

Eine Angabe zu diesem Feld ist nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und ist hier verpflichtend.

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

# Medikamente

Bitte machen Sie zu jedem Medikament eine Angabe. Bitte machen Sie bei einem „nein“ – wo möglich - zusätzlich eine Angabe, wenn die Nicht-Verordnung auf eine Kontraindikation gegen die Gabe des jeweiligen Medikamentes zurückzuführen ist. Diese Angaben sind für die Qualitätssicherung notwendig.

Die Angaben können - je nach Praxissoftware - direkt aus der Vordokumentation übernommen werden. Sie müssen dazu die Übernahme der vorherigen Angaben bestätigen.

## Thrombozytenaggregationshemmer

Eine Angabe ist verpflichtend.

Mehrfachnennungen sind möglich

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern durchgeführt wird. Hierbei ist u. a. die Gabe von ASS oder Clopidogrel gemeint. Sofern eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt, geben Sie diese bitte auch an. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers besteht und/oder eine orale Antikoagulations-Therapie erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## Betablocker

Eine Angabe ist verpflichtend.

Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Betablockern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Betablockers besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## ACE-Hemmer

Eine Angabe ist verpflichtend.

Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit ACE-Hemmern durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines ACE-Hemmer besteht (z. B. ACE-Hemmer bedingter Husten) und eine Alternativ-Therapie mit AT1-Rezeptorantagonisten erfolgt. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (Statine)

Eine Angabe ist verpflichtend.

Mehrfachnennungen sind möglich.

Geben Sie bitte an, ob eine Therapie mit Statinen durchgeführt wird. Bitte geben Sie bei „nein“ gegebenenfalls zusätzlich an, ob eine Kontraindikation gegen die Gabe eines Statins besteht. Diese Angabe ist für die Qualitätssicherung notwendig.

## Sonstige Medikation

Eine Angabe „ja“ oder „nein“ ist verpflichtend.

Sollte Ihr Patient andere oder weitere Medikamente zur Behandlung der KHK, einer Herzinsuffizienz oder einer arteriellen Hypertonie erhalten, geben Sie dies bitte hier an. Hierzu zählen z.B. AT-1-Antagonisten, Nitrate (einschließlich Nitro-Sprays) oder Diuretika.

# Schulung

## Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

Eine Angabe ist verpflichtend. Mehrfachnennungen sind möglich.

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

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

## Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen

Eine Angabe ist verpflichtend.

Die Angaben zu den Schulungen beziehen sich hier ausschließlich rückblickend auf Schulungen, die Sie Ihrem Patienten bei dem letzten Dokumentationstermin empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer Folgedokumentation möglich.

Bitte machen Sie zu jeder Schulung eine Angabe.

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

Die Ausprägung „war aktuell nicht möglich“ ist anzukreuzen, wenn die Schulung innerhalb des Dokumentationsintervalls (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) wegen nachvollziehbarer Gründe nicht wahrgenommen werden konnte. Solche Gründe können z.B. sein: Fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt des Patienten, private Gründe. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und dem Patienten.

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie dies bitte auch jeweils an. Eine Angabe in diesen Feldern führt nicht zum Ausschluss des Patienten aus dem Programm.

# Behandlungsplan

## KHK-bezogene Überweisung veranlasst

Eine Angabe ist verpflichtend.

Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK an einen mitbehandelnden Arzt überwiesen haben.

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

## KHK-bezogene Einweisung veranlasst

Eine Angabe ist verpflichtend.

Bitte geben Sie hier „ja“ an, falls Sie Ihren Patienten auf Grund seiner KHK in eine stationäre Einrichtung eingewiesen haben.

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

## Regelmäßige Gewichtskontrolle empfohlen

Nur bei der Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz ist hier eine Angabe verpflichtend.

Liegt bei Ihrem Patienten neben der KHK auch noch eine Herzinsuffizienz vor und nimmt Ihr Patient daher an dem Modul „Herzinsuffizienz“ teil, kann eine regelmäßige Gewichtskontrolle sinnvoll sein. Bitte geben Sie hier entweder an, ob Sie eine solche Gewichtskontrolle empfohlen haben oder nicht oder ob Sie diese für nicht erforderlich halten.