

## Anlage 6

### zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung der Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

#### Leistungserbringerverzeichnis Koronare Herzkrankheit (ambulanter Sektor)

Versorgungsebenen der gemäß der jeweils vertraglich vereinbarten Strukturqualität (nur Einfachnennung möglich)

A = Koordinierender Arzt gemäß den Anforderungen an die Strukturqualität

B = Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung

C = Fachärztlich qualifizierter Arzt (Kardiologe)

In der Spalte Schulungsberechtigung (Mehrfachbenennungen möglich)

1 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

2 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

3 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM

4 = Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Tel-Nr.	Koordinierender Arzt (A, B oder C)	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungsberechtigung*

#### Hinweise

Im Verzeichnis sind die koordinierenden Ärzte durch Ankreuzen in der Spalte „Koord. Ärzte“ zu markieren.

Das Verzeichnis ist zunächst nach Koord. Ärzten/Nicht-koord. Ärzten, sodann nach Beginn der Teilnahme zu sortieren.

## Teil 2

### Leistungserbringerverzeichnis Koronare Herzkrankheit (stationärer Sektor)

Versorgungsebenen/Kategorie der gemäß der jeweils vertraglich vereinbarten Strukturqualität (nur Einfachnennung möglich)

1 = Ohne interventionelle Therapieoptionen

2 = Mit interventionellen Therapieoptionen

3 = Mit Abteilung Herzchirurgie

In der Spalte Schulungsberechtigung (Mehrfachbenennungen möglich)

1 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

2 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

3 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM

4 = Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis	Tel-Nr.	Kategorie Krankenhaus (1, 2 oder 3)	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Schulungsberechtigung*	