

**Zwischen**

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**

**dem BKK - Landesverband NORDWEST**

**zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**

**der IKK classic**

(handelnd für die Innungskrankenkassen,  
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind),

**der Knappschaft,**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse-KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

**wird im Folgenden der**

### **1. Nachtrag**

zum Vertrag vom 23. Mai 2013 zur Durchführung eines strukturierten  
Behandlungsprogramme (DMP) der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f  
SGB V Asthma bronchiale sowie COPD auf der Grundlage von § 73a SGB V

vereinbart:

## **1. Inhaltsverzeichnis**

Im Inhaltsverzeichnis wird § 21 wie folgt neu bezeichnet:  
„§ 21 Teilnehmerverzeichnis“

## **2. Erläuterungen**

In den Erläuterungen zum Begriff „RSAV“ werden die Worte „in der jeweils geltenden Fassung“ gestrichen.

Nach der Erläuterung zum Begriff „RSAV“ werden folgende Erläuterungen neu aufgenommen:

„DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie,

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie,

DMP-RL ist die DMP-Richtlinie,“

Nach der Erläuterung zum Begriff „DMP-RL“ wird folgende Erläuterung neu aufgenommen:

„Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuelle gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.“

Die Erläuterung zum Begriff „Dokumentationsdaten“ wird neu gefasst:

„Dokumentationsdaten“ sind die Dokumentationsdaten der Anlage 2 DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II (Asthma bronchiale) bzw. III. (COPD) sind die in der DMP-Richtlinie aufgeführten Dokumentationsdaten

## **3. Übersicht der Anlagen**

Die Anlagen 5a, 5b, 8, 9a und 9b werden wie folgt neu bezeichnet:

„Anlage 5a Versorgungsinhalte Asthma bronchiale (wortwörtliche Übernahme aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen - Teil 1 Asthma bronchiale i. V. m. Teil B II. Ziffer 1 bis 4 DMP-RL)

Anlage 5b Versorgungsinhalte COPD (wortwörtliche Übernahme aus den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen - Teil 2 Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) i. V. m. Teil B III. Ziffer 1 bis 4 DMP-RL)

Anlage 8 indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2 DMP-A-RL

Anlage 9a Dokumentationsdaten Asthma bronchiale gem. Teil B II Ziffer 5 der DMP-Richtlinie

Anlage 9b Dokumentationsdaten COPD gem. Teil B III Ziffer 5 der DMP-Richtlinie“

#### **4. Anlagen**

Die **Anlage 1a** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 1a ausgetauscht.

Die **Anlage 1b** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 1b ausgetauscht.

Die **Anlage 2a** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 2a ausgetauscht.

Die **Anlage 2b** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 2b ausgetauscht.

Die **Anlage 4** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 4 ausgetauscht.

Die **Anlage 4a** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 4a ausgetauscht.

Die **Anlage 7a** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 5 ausgetauscht.

Die **Anlage 7b** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 7 ausgetauscht.

Die **Anlage 8** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 8 ausgetauscht.

Die **Anlage 10a** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 8aa ausgetauscht

Die **Anlage 10b** i. d. F. vom 23.05.2013 wird gegen die dem Nachtrag beigefügte Anlage 9 ausgetauscht.

#### **5. PRÄAMBEL**

Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV, der DMP-AF-RL und der DMP-A-RL beruhen, optimiert werden.“

Nach Satz 2 wird ein neuer dritter Satz angefügt:

„Die vertraglichen Anpassungen des 1. Nachtrages berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL mit Beschluss vom 19.06.2014.“

#### **6. Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich**

##### **§ 1 Ziele der Vereinbarung**

Satz 1 des Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Ziele und Anforderungen an die DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV, der DMP-AF-RL und insbesondere der DMP-A-RL festgelegt.“

##### **§ 2 Geltungsbereich**

Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

(1) „Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV, die DMP-AF-RL, die DMP-A-RL. Näheres hierzu regelt § 35 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich der Anlage 9 DMP-A-RL i.V m. Teil B II. Ziffer 1-5 DMP-RL (Programmteil Asthma bronchiale)

bzw. Anlage 11 DMP-A-RL i.V.m Teil B III. Ziffer 1-5 DMP-RL (Programmteil COPD). Sollten sich auf Grund von Änderungen der Richtlinien des G-BA inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V zu erfolgen.“

## **7. Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer**

### **§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)**

Der letzte Satz des Abs. 6 wird neu gefasst:

„Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV bzw. der DMP-A-RL Sorge zu tragen.“

### **§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors)**

Der letzte Satz des Abs. 4 wird neu gefasst:

„Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV bzw. der DMP-A-RL Sorge zu tragen.“

### **§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer**

Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

Über die teilnehmenden Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVH jeweils für Asthma bronchiale und COPD ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVH stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern und der Gemeinsamen Einrichtung alle 14 Tage und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form entsprechend Anlage 7a und 7b zur Verfügung. Das Leistungserbringerverzeichnis enthält u.a. einen zweistelligen Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung bzgl. der Versorgungsebene und akkreditierter Schulungsprogramme. Bei der Angabe der Berechtigung für die vom BVA akkreditieren Schulungsprogramme, ist nur der Schlüssel des jeweiligen vertraglich vereinbarten Schulungsprogramms anzugeben.“

Abs. 1a wird ersatzlos gestrichen.

## **8. Abschnitt IV Qualitätssicherung**

### **§ 12 Maßnahmen und Indikatoren**

Abs. 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Auswertung werden die in Anlage 6a und 6b fixierten Indikatoren herangezogen.“

### **§ 13 Durchführung der Qualitätssicherung**

Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst.

„Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6a und 6b und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern i.d.R. jährlich zu veröffentlichen.“

## **9. Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

### **§ 17 Information und Einschreibung**

In Abs. 2 Satz 1 wird die Rechtsgrundlage „§ 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV“ durch die Rechtsgrundlage „§ 3 Abs. 1 der DMP-A-RL“ ersetzt.

### **§ 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

In Satz 1 wird die Rechtsgrundlage „§ 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV“ durch die Rechtsgrundlage „§ 3 Abs. 1 der DMP-A-RL“ ersetzt.

### **§ 21 Versichertenverzeichnis**

Die Überschrift „Versichertenverzeichnis“ wird durch „Teilnehmerverzeichnis“ ersetzt. Nach dem ersten Satz wird ein zweiter Satz neu angefügt:

„Die Einzelheiten zum Teilnehmerverzeichnis sind in einer separaten Vereinbarung geregelt.“

### **§ 22 Information und Schulung von Versicherten**

In Abs. 4 wird der letzte Satz wie folgt neu gefasst:

„Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der RSAV bzw. DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.“

## **10. Abschnitt VI Arbeitsgemeinschaft / Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 27 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

In Abs. 1, Satz 2 wird der vierte Spielstrich wie folgt neu gefasst:

- „die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 DMP-A-RL und“

## **11. Abschnitt VII Datenfluss und Datenverwendung**

### **§ 28 Erst- und Folgedokumentationen**

Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) „Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die Daten nach den Anlagen 8 und 9a, 9b und werden nur für die Behandlung nach der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III., die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach Ziffer 2 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III., die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte nach Ziffer 4 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III. und die Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.“

## **12. Abschnitt VIII Evaluation**

### **§ 31 Evaluation**

Der § 31 wird wie folgt neugefasst:

(1) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. von ihnen beauftragten Dritten) sowie der Gemeinsamen

Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programmes sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der Regelungen der DMP-A-RL.

### **13.IX Vergütung und Abrechnung**

#### **§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen**

In Abs. 2 werden nach dem zweiten Satz ein neuer zweiter, dritter, vierter und fünfter Satz wie folgt eingefügt:

„Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation gemäß § 20 zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 28d Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten informiert gemäß § 19 Absatz 5. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden.“

In Abs. 5 werden nach der Rechtsgrundlage „RSAV“ die Wörter „und DMP-A-RL“ neu eingefügt.

### **14.Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 34a Kosten zur Durchführung des Vertrages**

In Abs. 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Versand“ die Worte „bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form“ eingefügt.

Abs. 4, Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Krankenkassen übermitteln elektronisch der KVH die ergänzenden Informationen (Ausfüllanleitungen) zu den Vordrucken.“

In Abs. 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 5 erfolgt grundsätzlich nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Programm am 01.07. des Jahres nach der amtlichen Statistik KM 6 Teil II Pkt. 1 - eingeschriebene Versicherte in dem die Kosten entstanden sind...“

Abs. 7 wird ersatzlos gestrichen. Der Abs.8 wird zu Abs. 7

### **15.Inkrafttreten**

Der 1. Nachtrag tritt am 01.07.2015 in Kraft.

Hamburg, den 30.06.2015

.....  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....  
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....  
BKK-Landesverband NORDWEST  
zugleich für die SVLFG als LKK

.....  
IKK classic

.....  
Knappschaft  
Regionaldirektion Hamburg

.....  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

**Anlage 1a: Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3  
(koordinierender Arzt)  
ASTHMA BRONCHIALE**

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V – Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

**Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt**

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt nach § 3 sind Hausärzte nach § 73 SGB V, die **persönlich oder durch angestellte Ärzte** die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. **Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.**

Um eine kontinuierlich hohe Strukturqualität zu sichern, ist die Überprüfung der Strukturparameter nicht nur zu Beginn der Teilnahme, sondern auch regelmäßig im Zeitablauf, erforderlich. Dazu belegen die teilnehmenden Ärzte einmal im Jahr bis spätestens zum 31.12. eines Jahres nach Aufforderung durch die KVH, dass sie an entsprechenden Fortbildungen und/oder Qualitätszirkeln teilgenommen haben und bestätigen, dass die Qualifikation des medizinischen Personals vorliegt.

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme</li> </ul>	bei Beginn der Teilnahme
Teilnahme an einem anerkannten pneumologischen Qualitätszirkel bzw. hausärztl. QZ, der sich auch mit pneumologischen Themen beschäftigt <b>oder</b>	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme
bei Kinder- und Jugendärzten Teilnahme an einem anerkannten	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme

pädiatrischen QZ bzw. einer von der Ärztekammer anerkannten Fortbildung <b>oder</b>		
Asthma bronchiale-spezifische Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungsveranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährlich, mind. 4 Stunden bzw. 4 Punkte
Qualifikation des medizinischen Personals (z.B. Notfallschulung)	Bestätigung durch Formular der KVH	Jährlich

**Anlage 1b: Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3  
(koordinierender Arzt)  
COPD**

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V – Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

**Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt**

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt nach § 3 sind Hausärzte nach § 73 SGB V, die **persönlich oder durch angestellte Ärzte** die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. **Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.**

Um eine kontinuierlich hohe Strukturqualität zu sichern, ist die Überprüfung der Strukturparameter nicht nur zu Beginn der Teilnahme, sondern auch regelmäßig im Zeitablauf, erforderlich. Dazu belegen die teilnehmenden Ärzte einmal im Jahr bis spätestens zum 31.12. eines Jahres nach Aufforderung durch die KVH, dass sie an entsprechenden Fortbildungen und/oder Qualitätszirkeln teilgenommen haben und bestätigen, dass die Qualifikation des medizinischen Personals vorliegt.

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme</li> </ul>	bei Beginn der Teilnahme

Teilnahme an anerkanntem pneumologischen Qualitätszirkel bzw. hausärztl. QZ, der sich auch mit pneumologischen Themen beschäftigt  <b>oder</b>	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährliche Teilnahme
COPD-Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungsveranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	mindestens 1 mal jährlich, mind. 4 Stunden bzw. 4 Punkte
Qualifikation des medizinischen Personals (z.B. Notfallschulung)	Bestätigung durch Formular der KVH	Jährlich

## Anlage 2a: Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 ASTHMA BRONCHIALE

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

### Strukturvoraussetzungen pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsebene sind die Leistungserbringer, die bestimmte Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Um eine kontinuierlich hohe Strukturqualität zu sichern, ist die Überprüfung der Strukturparameter nicht nur zu Beginn der Teilnahme, sondern auch regelmäßig im Zeitablauf, erforderlich. Dazu belegen die teilnehmenden Ärzte einmal im Jahr bis spätestens zum 31.12. eines Jahres nach Aufforderung durch die KVH, dass sie an entsprechenden Fortbildungen und/oder Qualitätszirkeln teilgenommen haben und bestätigen, dass die Qualifikation des medizinischen Personals vorliegt.

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
Allgemeine Qualifikation	<p><b>für Erwachsene und in Einzelfällen für Jugendliche:</b></p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Pneumologie“</p> <p><b>und/oder</b></p> <p>Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“</p> <p><b>und/oder</b></p> <p>Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p><b>und/oder</b></p> <p>Lungenarzt</p> <p><b>für Kinder oder Jugendliche mit Asthma bronchiale:</b></p> <p>Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Pneumologie (fachärztlich und/oder hausärztlich)</p>	<p>einmalig zu Beginn</p>

	tätige) <b>und/oder</b> mit der Zusatzweiterbildung nach Kammerrecht ‚Allergologie‘ (fachärztlich und/oder hausärztlich tätige)	
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	• Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme	bei Beginn der Teilnahme
kontinuierliche Fortbildung für Vertragsärzte im Versorgungsbereich Erwachsene:  - anerkannter pneumologischer Qualitätszirkel  <b>und / oder</b>	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
- Asthma bronchiale- spezifische Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungs-veranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
kontinuierliche Fortbildung für Vertragsärzte im Versorgungsbereich Kinder und Jugendliche:  - anerkannter pädiatrisch pneumologischer Qualitätszirkel  <b>und / oder</b>	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
- pädiatrisch Asthma bronchiale-spezifische Fortbildung (von der Ärztekammer anerkannte Fortbildungsveranstaltung)	Teilnahmebescheinigung	jährlich, mind. 8 Stunden/Punkte im Jahr
Qualifikation des medizinischen Personals (z.B. Notfallschulung)	Bestätigung durch Formular der KVH	Jährlich

Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus mit Schwerpunktabteilung Pneumologie bzw. pädiatrisch-pneumologischem Schwerpunkt	Nachweis der Zusammenarbeit	nach Beginn der Teilnahme spätestens innerhalb eines Jahres
<p><b>Erforderliche Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte:</b></p> <p>für Erwachsene:</p> <p>Möglichkeit zur Durchführung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometrie einschl. Atemwiderstandsmessung und Provokationstestung (qualitätsgesichert)</li> <li>• Ganzkörper-Plethysmographie (qualitätsgesichert)</li> <li>• Laborchemische Untersuchungen, insbesondere Blutgase</li> </ul> <p>für Kinder und Jugendliche:</p> <p>Möglichkeit zur Durchführung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometrie</li> <li>• Atemwegswiderstandsmessung</li> </ul>	Bestätigung mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 4	bei Beginn der Teilnahme

<ul style="list-style-type: none"><li>• Methode zum Nachweis der bronchialen Hyperreagibilität</li></ul>		
--	--	--

## Anlage 2b: Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 COPD

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V – Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

### Strukturvoraussetzungen pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor

Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsebene sind die Leistungserbringer, die bestimmte Strukturvoraussetzungen –persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Um eine kontinuierlich hohe Strukturqualität zu sichern, ist die Überprüfung der Strukturparameter nicht nur zu Beginn der Teilnahme, sondern auch regelmäßig im Zeitablauf, erforderlich. Dazu belegen die teilnehmenden Ärzte einmal im Jahr bis spätestens zum 31.12. eines Jahres nach Aufforderung durch die KVH, dass sie an entsprechenden Fortbildungen und/oder Qualitätszirkeln teilgenommen haben und bestätigen, dass die Qualifikation des medizinischen Personals vorliegt.

Parameter	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
Allgemeine Qualifikation	Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung: „Pneumologie“ <b>und/oder</b> Facharzt für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchialheilkunde“ <b>und/oder</b> Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde  <b>und/oder</b> Lungenarzt	einmalig zu Beginn
ärztliche Fortbildung (DMP-spezifisch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information durch das Arztmanual und die Bestätigung der Kenntnisnahme</li> </ul>	bei Beginn der Teilnahme



## **Anlage 4: Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes**

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V – Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

### **Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum DMP Asthma bronchiale/ COPD**

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Disease-Management-Programme informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Umsetzung der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen und ihrer Verbände nehme ich teil. Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 10, der Aufgaben des Abschnitts II, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Dokumentation gemäß den Abschnitten VI und VII.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte, die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) und den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- Den in der Anlage (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
  - Ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinem Strafrecht,
  - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe von Patientendaten an Dritte

erfüllen.

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit der Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen erfüllen und ich die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisadresse in dem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmer am Behandlungsprogramm Asthma bronchiale bzw. COPD“,
- der Weitergabe der Leistungserbringerverzeichnisse „Teilnehmer am Asthma bronchiale bzw. COPD“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), die Datenstelle, die teilnehmenden stationären Einrichtungen, an die Rehabilitationseinrichtungen und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Evaluation der Dokumentation und Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- Die Veröffentlichung ihres Namens im Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale bronchiale/COPD ambulanter Sektor
- Die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden Versicherten.
- Der Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- a) die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- b) meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- c) bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen gem. § 15 eingeleitet werden,
- d) die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 und § 4 dieses Vertrages von mir gegenüber der KVH bzw. den Krankenkassen nachzuweisen sind.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale/COPD im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen nehme ich teil.

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“)

Meine lebenslange Arztnummer lautet: \_\_\_\_\_[LANR]

**1. Ich möchte als koordinierender Arzt im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors (§ 3 DMP-Vertrag)**

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

**teilnehmen.**

**und/oder**

**2. Ich möchte als Vertragsarzt im Rahmen des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors (§ 4 DMP-Vertrag)**

am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale

am strukturierten Behandlungsprogramm COPD

**und/oder**

**3. Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 11 a/b durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.**

Asthma bronchiale

COPD

**4. Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:**

- a) \_\_\_\_\_ [BSNR]  
b) \_\_\_\_\_ [BSNR]  
c) \_\_\_\_\_ [BSNR]  
d) \_\_\_\_\_ [BSNR]

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrags, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VI und VII und bestätige hiermit, dass die gerätetechnischen Ausstattungen gem. Anl. 2a/b erfüllt sind.

Gleichzeitig genehmige ich hiermit den in meinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen

- der Datenstelle nach § 25 des Vertrages,
- der Arbeitsgemeinschaft DMP Hamburg
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden sowie der KVH

spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle nach § 25 des Vertrages

- mit der Überprüfung der von mir erstellten Dokumentationen und der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen auf Vollständigkeit und Plausibilität, ggf. Nachforderung zur Korrektur,
- die Dokumentationsdaten der Anlage 2 DMP-A-RL i. V. m. Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. III. an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragten Stellen weiterzuleiten.

**Ich beauftrage die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg mit der Wahrnehmung der Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der von mir an die Datenstelle übertragenen Aufgaben.**

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Das Arztmanual habe ich erhalten und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalte, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers und Vertragsarztstempel

## Anlage 4a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

### Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Asthma bronchiale bzw. COPD

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

#### Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Asthma bronchiale

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

1.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum	
2.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum	
3.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum	

## Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP COPD

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

1.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum
2.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum
3.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
	Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3)	als FA (§ 4)	ab Datum

---

Datum, Unterschrift des / der angestellten Arztes / Ärztin

Anlage 7a Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)  
zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma  
bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg  
und der KVH

## **Technische Anlage**

**zur**

# **Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Asthma**

**Version:  
Gültig ab:**

**01  
02.04.2015**

**Inhalt:**

<b>0</b>	<b>Grundlage</b> .....	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Austauschformate</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Dateiaufbau</b> .....	<b>3</b>
2.1	Allgemeines.....	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei.....	4
<b>3</b>	<b>Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Anhang 2: Schlüsseltabelle Berechtigungen</b> .....	<b>6</b>

## 0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesversicherungsamtes erfordern ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

## 1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xls-Datei) zur Verfügung zu stellen.

### 2 Dateiaufbau

#### 2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile ´1´ vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ Gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. ´5´) die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. ´...35´) die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ ´M` und Kann-Datenelemente als Feld-Art ´K` gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe ´N´ = numerisch oder ´AN´ = alphanummerisch. Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ ´N´) sind die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanumerischen Feldern (Feld-Typ ´AN´) sind die Zeichen ´A´ - ´Z´, ´.´, ´;´ und die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig.

## 2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	Feld Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	N	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	N	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“
L	Fax	...25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“  <b>Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, <u>muss</u> das Feld gefüllt werden.</b>
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Siehe Anhang 1, Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Semikolon zu verwenden.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Zweistelliger Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung, s. Anhang 2 Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN. Bei Mehrfachnennungen ist „ als Trennzeichen ein Semikolon zu verwenden.

\*Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und Berechtigungen, sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen ist ein Semikolon zu verwenden. Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

### Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen
<b>A1</b> = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität (1. Ebene)
<b>A2</b> = Vertraglich eingebundener (pneumologisch) qualifizierte Fachärzte (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder ein vertraglich eingebundenes Krankenhaus, das nach § 137 f Abs. 7 SGB V bzw. durch Ermächtigung an der ambulanten Versorgung teilnimmt (1. Ebene, Ausnahmefälle)
<b>A_K</b> = Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (1. Ebene)
<b>B1</b> = Pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung der Leistung(en) der 2. Versorgungsebene zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 137 f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen.
<b>B_K</b> = Pneumologisch qualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (für die fachliche Qualifikation ist z.B. die Zusatzbezeichnung Allergologie und/ oder pneumologischer Behandlungsschwerpunkt ausreichend)

**Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN**

BERECHTIGUNG	Erläuterung	<i>möglich für folgende Indikationen</i>
01	Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als koordinierender Arzt/Leistungserbringer	<i>alle</i>
02	Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als nicht koordinierender besonders qualifizierter Arzt/Leistungserbringer	<i>alle</i>
17	Qualitätsmanagement in der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.)	<i>Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen</i>
18	NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker bzw. AFAS = Ambulantes Fürther Asthma-Schulungsprogramm	<i>Asthma bronchiale bei Erwachsenen</i>
25	Nachschulungsprogramm „my Air TV“ für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, zum zugelassenen Schulungsprogramm „Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen“ (AG Asthmaschulung im Kindes - und Jugendalter e.V.) (A1)	<i>Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen</i>
26	Individuelle ambulante Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche (Universitätsklinikum Gießen) (A2)	<i>Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen</i>
27	MASA = Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (A5)	<i>Asthma bronchiale bei Erwachsenen</i>
32	Nachschulungsprogramm „LUFTIKIDS“	<i>Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen</i>

Anlage 7b Leistungserbringerverzeichnis COPD (ambulanter Sektor)  
zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V –Asthma bronchiale sowie COPD – auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

**Technische Anlage**

**zur**

**Übermittlung der  
Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter  
Behandlungsprogramme (DMP) für Chronisch  
obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

**Version:**  
**Gültig ab:**

**01**  
**02.04.2015**

**Inhalt:**

<b>0</b>	<b>Grundlage</b> .....	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Austauschformate</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Dateiaufbau</b> .....	<b>3</b>
2.1	Allgemeines.....	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei.....	4
<b>3</b>	<b>Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Anhang 2: Schlüsseltabelle Berechtigungen</b> .....	<b>6</b>

## 0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesversicherungsamtes erfordern ggf. eine Anpassung der Nutzdaten-Segmente.

In den Nutzdaten-Segmenten wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

## 1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xls-Datei) zur Verfügung zu stellen.

### 2 Dateiaufbau

#### 2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile ´1´ vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ Gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. ´5´) die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. ´...35´) die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ ´M` und Kann-Datenelemente als Feld-Art ´K` gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe ´N´ = numerisch oder ´AN´ = alphanummerisch. Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ ´N´) sind die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanummerischen Feldern (Feld-Typ ´AN´) sind die Zeichen ´A´ - ´Z´, ´.´, ´;´ und die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig.

## 2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	FeldTyp	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	N	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	N	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“
L	Fax	...25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“  <b>Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, muss das Feld gefüllt werden.</b>
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Siehe Anhang 1, Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Semikolon zu verwenden.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Zweistelliger Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung, s. Anhang 2 Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN. Bei Mehrfachnennungen ist „ als Trennzeichen ein Semikolon zu verwenden.

\*Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und Berechtigungen, sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen ist ein Semikolon zu verwenden. Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

**Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen**

Versorgungsebenen
<b>A1</b> = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 sowie der vertraglich vereinbarten Strukturqualität (1. Ebene)
<b>A2</b> = Vertraglich eingebundene (pneumologisch) qualifizierte Fachärzte (Strukturqualität ist zu definieren, muss über der der „normalen“ Hausärzte liegen) oder ein vertraglich eingebundenes Krankenhaus, das nach § 137 f Abs. 7 SGB V bzw. durch Ermächtigung an der ambulanten Versorgung teilnimmt (1. Ebene, Ausnahmefälle)
<b>B1</b> = Pneumologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist, oder qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung der Leistung(en) der 2. Versorgungsebenen zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 137 f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen

**Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN**

BERECHTIGUNG	<b>Erläuterung</b>	<i>möglich für folgende Indikationen</i>
01	Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als koordinierender Arzt/Leistungserbringer	<i>alle</i>
02	Teilnahme am Strukturierten Behandlungsprogramm als nicht koordinierender besonders qualifizierter Arzt/Leistungserbringer	<i>alle</i>
19	Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE; Nachfolgemodell COBRA)	<i>COPD</i>
28	Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell (C2)	<i>COPD</i>
29	COPD-Patientenschulung ATEM (C3)	<i>COPD</i>

## Anlage 8 indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V - Asthma bronchiale sowie COPD - auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
<b>Administrative Daten</b>		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus- Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1 /Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD
11	Modul-Teilnahme <sup>1)</sup>	Chronische Herzinsuffizienz <sup>2)</sup> : Ja/Nein
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich
<b>Allgemeine Anamnese- und Befunddaten</b>		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck <sup>3)</sup>	mm Hg
16	Raucher	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	weggefallen	
<b>Behandlungsplanung</b>		
19	Vom Patienten gewünschte	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/

## Anlage 8 indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V - Asthma bronchiale sowie COPD - auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

	Informationsangebote der Krankenkassen	Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

- 1) Nur bei DMP KHK auszufüllen.
- 2) Systolische Herzinsuffizienz mit LVEF < 40 %.
- 3) Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen.







# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

## 2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

### 2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

### 2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### 2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

### 2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

### 2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

# Strukturierte Behandlungsprogramme

## Eine Information für Patienten

**Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!**

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei Asthma bronchiale sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle, Exazerbationen = plötzlich auftretende, anhaltende, in der Regel reversible Verschlechterung des Krankheitsbildes bzw. der Ausbruch eines Krankheitsschubes),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag
- einem Voranschreiten der Krankheit und
- unerwünschten Wirkungen der Therapie

2. Reduktion der asthmabedingten Sterblichkeit.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

### Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der im gesetzlichen Auftrag erarbeiteten Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören:

Medikamente zur Dauertherapie:

- inhalative Glukokortikosteroide (zur Basistherapie)
- inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (als Erweiterung der Basistherapie)

und in begründeten Fällen:

- systemische Glukokortikosteroide
- Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten
- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- Anti-IgE-Antikörper

### Medikamente der Bedarfstherapie/Anfallstherapie:

- schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)
- kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)

und in begründeten Fällen:

- systemische Glukokortikosteroide (maximal bis zu 2 Wochen)
- kurz wirksame Anticholinergika
- Theophyllin (Darreichungsform mit schneller Wirkstofffreisetzung)

Medikamente der Bedarfstherapie werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind.

Weitere wichtige Behandlungsbestandteile sind u. a. Schulungen und Informationen, wodurch Sie besser über Ihre individuelle Behandlung mitentscheiden können, die Aufklärung über die Vermeidung von auslösenden Faktoren Ihrer Erkrankung und die Förderung des körperlichen Trainings, sowie die Prüfung einer Hyposensibilisierung bei allergischem Asthma.

### **Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm**

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### **Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung**

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

### **Wie können Sie aktiv mitwirken?**

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

### **Was Ihre Krankenkasse für Sie tut**

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

### **Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

### **Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

***Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.***







# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

## 2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

### 2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

### 2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### 2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

### 2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

### 2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

# Strukturiertes Behandlungsprogramm

## Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
<p><b>Vermeidung</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen</li> <li>– Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können</li> <li>– von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom</li> <li>– Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung)</li> </ul> <p><b>Senkung</b> Ihres Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos</p>	<p><b>Senkung des Risikos</b> eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p><b>Erhaltung</b> Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit</li> <li>– unerwünschten Wirkungen der Therapie</li> </ul> <p><b>Normalisierung</b> (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p>

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

### Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Insulin</li> <li>– Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2)</li> </ul> <p>bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten</li> <li>– ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt)</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> <li>– Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Glukokortikosteroide (zum Inhalieren)</li> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren)</li> </ul> <p>im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich</p> <p><b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– lang wirksame Anticholinergika</li> </ul> <p>im Bedarfsfall zusätzlich (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin)</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> <li>– eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika</li> </ul>

### **Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm**

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### **Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung**

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

### **Wie können Sie aktiv mitwirken?**

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

### **Was Ihre Krankenkasse für Sie tut**

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

### **Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

### **Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

***Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.***







# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

## 2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

### 2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

### 2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### 2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

### 2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

### 2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

# Strukturierte Behandlungsprogramme

## Eine Information für Patienten

**Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!**

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei COPD sind:

1. Vermeidung/Reduktion von

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen ( z. B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag und
- eines raschen Voranschreitens der Erkrankung

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Minimierung der unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

2. Reduktion der COPD-bedingten Sterblichkeit

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

### Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Aufgrund der im gesetzlichen Auftrag erarbeiteten Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und deren Sicherheit erwiesen sind und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Bei COPD gehören zu den vorrangig zu verwendenden Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffen:

Medikamente zur Dauertherapie:

- lang wirksames Anticholinergikum
- lang wirksames Beta-2-Sympathomimetikum

und in begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- inhalative Glukokortikosteroide (bei schwerer und sehr schwerer COPD)
- mukoaktive Substanzen (bei häufigen Exazerbationen)

### Medikamente der Bedarfstherapie:

- kurz wirksames Beta-2-Sympathomimetikum
- kurz wirksames Anticholinergikum
- Kombination aus kurz wirksamen Beta-2-Sympathomimetikum und Anticholinergikum

und in begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung)
- Inhalation von Salzlösungen (bei Schleimretention)
- mukoaktive Substanzen (bei Schleimretention)

Medikamente der Bedarfstherapie werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind.

Weitere wichtige Behandlungsbestandteile sind u. a. Schulungen und Informationen, wodurch Sie besser über Ihre individuelle Behandlung mitentscheiden können, die Aufklärung über die Vermeidung von auslösenden Faktoren Ihrer Erkrankung und die Förderung des körperlichen Trainings.

### **Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm**

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. COPD und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren angebotenen Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen. Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### **Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung**

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

### **Wie können Sie aktiv mitwirken?**

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

### **Was Ihre Krankenkasse für Sie tut**

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

### **Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

### **Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

***Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.***







# Eine Information zum Datenschutz

## 1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

## 2 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergeleitet werden. Sie erhalten einen Ausdruck dieser Dokumentation und wissen somit, welche Ihrer Daten übermittelt werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse, eine Gemeinsame Einrichtung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten.

### 2.1 Was geschieht beim Arzt mit den Daten?

Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihr Arzt Ihre einmalige schriftliche Einwilligung. Mithilfe eines Ausdrucks der Dokumentation können Sie nachvollziehen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet.

### 2.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

### 2.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung, bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung, im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

### 2.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzterverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

### 2.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer. Vielleicht gehören Sie zu den Teilnehmern, die befragt werden sollen. Dann wird Ihnen die Krankenkasse alle zwei Jahre einen Fragebogen zu senden.

# Strukturiertes Behandlungsprogramm

## Eine Information für Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen ermöglichen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen und können gemeinsam mit Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele festlegen und aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mitwirken.

Die wesentlichen Therapieziele bei chronischen Erkrankungen sind:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma und COPD
<p><b>Vermeidung</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– typischen Symptomen wie Müdigkeit, starker Durst, häufiges Wasserlassen</li> <li>– Folgeschäden an Nieren und Augen, die Nierenversagen und Erblindung nach sich ziehen können</li> <li>– von Nervenschädigungen und dem diabetischen Fuß-Syndrom</li> <li>– Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Unterzuckerung)</li> </ul> <p><b>Senkung</b> Ihres Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos</p>	<p><b>Senkung des Risikos</b> eines Herzinfarkts und Vermeidung weiterer Herzbeschwerden</p> <p><b>Erhaltung</b> Ihrer Belastungsfähigkeit.</p>	<p><b>Vermeidung/Reduktion</b> von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– akuten und chronischen Beeinträchtigungen wie z. B. Asthma-Anfälle, akute Verschlimmerungen (z. B. durch Infekte)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen (bei Asthma)</li> <li>– krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag sowie des Voranschreitens der Krankheit</li> <li>– unerwünschten Wirkungen der Therapie</li> </ul> <p><b>Normalisierung</b> (nur bei Asthma) bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Verminderung der bronchialen Hyperreagibilität</p> <p><b>Reduktion</b> der Sterblichkeit</p>

Bitte beachten Sie, dass in den Tabellen jeweils Informationen zu allen internistischen Erkrankungen aufgeführt sind, zu denen wir strukturierte Behandlungsprogramme anbieten. Vermutlich haben Sie nur eine oder zwei dieser aufgeführten Erkrankungen.

Die Inhalte der Behandlungsprogramme sind in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet. Die Inhalte unterliegen hohen Qualitätsanforderungen und werden regelmäßig überprüft.

### Die medizinische Behandlung

Im Rahmen der Programme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen werden in den Programmen auch bestimmte Arzneimittelwirkstoffe zur Behandlung genannt, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen ist und die deshalb im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig verwendet werden sollen. Dazu gehören z. B. folgende Arzneimittel:

Diabetes Typ 1 und 2	Koronare Herzkrankheit	Asthma	COPD
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Insulin</li> <li>– Metformin und Glibenclamid (Diabetes mellitus Typ 2)</li> </ul> <p>bei hohem Blutdruck: Diuretika, Beta-blocker, ACE-Hemmer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Betablocker, evtl. mit Nitraten, Kalziumantagonisten</li> <li>– ACE-Hemmer (bei Herzschwäche, hohem Blutdruck, und nach Infarkt)</li> <li>– Statine (zur Senkung der Blutfettwerte)</li> <li>– Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (z. B. ASS)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Glukokortikosteroide (zum Inhalieren)</li> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika (zum Inhalieren)</li> </ul> <p>im <b>Bedarfsfall</b> zusätzlich</p> <p><b>Medikamente der Bedarfstherapie</b> (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– schnell wirksame Beta-2-Sympathomimetika (bevorzugt inhalativ)</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika (5- bis 17-Jährige)</li> </ul>	<p><b>Medikamente zur Dauertherapie</b> vorwiegend:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika</li> <li>– lang wirksame Anticholinergika</li> </ul> <p>im Bedarfsfall zusätzlich (werden nur dann eingenommen, wenn Beschwerden bestehen oder aufgrund der Umstände zu erwarten sind):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kurz wirksame Beta-2-Sympathomimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin)</li> <li>– kurz wirksame Anticholinergika</li> <li>– eine Kombination aus kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika</li> </ul>

### **Der von Ihnen gewählte Arzt ist Ihr Koordinator im Programm**

Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten (z. B. Asthma bronchiale und Diabetes mellitus) haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Das Programm sieht vor, dass Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Er wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren. Außerdem prüft Ihr Arzt immer wieder, ob und welche Spezialisten hinzugezogen werden sollen (z. B. zur regelmäßigen Augenkontrolle bei Diabetes mellitus). Er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärzten und Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

### **Dokumentationen verschaffen Ihnen einen Überblick über Ihre Behandlung**

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Von jeder Dokumentation erhalten Sie zu Ihrer Information einen Ausdruck. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung („Information zum Datenschutz“). Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder Ihre Arztpraxis in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt die Betreuung gegebenenfalls durch eine regionale Krankenkasse.

### **Wie können Sie aktiv mitwirken?**

Nehmen Sie die mit Ihrem koordinierenden Arzt vereinbarten regelmäßigen Wiedervorstellungstermine wahr und tragen Sie aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Ihr Arzt kann für Sie eine qualifizierte Schulung veranlassen. Ihre Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen ermöglicht es Ihnen, Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen. Ihr Arzt wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine gemeinsame Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen.

### **Was Ihre Krankenkasse für Sie tut**

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zum Programm. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte und Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

### **Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

Entsprechende Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse.

### **Ihre Teilnahme am Programm ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei vom Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei den Krankenkassen eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

***Ihre Krankenkasse und Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.***